Richtlinie

Gemeinsamer Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung

(Bedarfsplanungs-Richtlinie)

in der Neufassung vom 20. Dezember 2012
veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 31.12.2012 B7 vom 31. Dezember 2012
in Kraft getreten am 1. Januar 2013

zuletzt geändert am 18. Dezember 2014
veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 06.03.2015 B3 vom 6. März 2015
in Kraft getreten am 7. März 2015

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Inhalt

1. Abschnitt: Allgemeines ... 6

§ 1 Zweck und Regelungsbereich ... 6

§ 2 Berücksichtigung regionaler Besonderheiten ... 7

§ 3 Geltung der Richtlinie und der Abweichungen sowie Verhältnis zu anderen Rechtsvorschriften ... 7

2. Abschnitt: Grundlagen der Bedarfsplanung ... 8

§ 4 Bedarfsplan ... 8

§ 5 Versorgungsebenen ... 8

§ 6 Arztgruppen ... 9

§ 7 Planungsbereiche ... 9

§ 8 Verhältniszahlen ... 9

§ 9 Modifikation der Verhältniszahl durch einen Demografiefaktor ... 10

§ 10 Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zum Stand der vertragsärztlichen Versorgung ... 11

3. Abschnitt: Hausärztliche Versorgung ... 11

§ 11 Hausärztliche Versorgung ... 11

4. Abschnitt: Fachärztliche Versorgung ... 12

§ 12 Allgemeine fachärztliche Versorgung ... 12

§ 13 Spezialisierte fachärztliche Versorgung ... 14

§ 14 Gesonderte fachärztliche Versorgung ... 15

§ 15 Weitere Arztgruppen ... 16

§ 16 Praxisnachfolge ... 16

5. Abschnitt: Feststellung des allgemeinen Versorgungsgrades als Ausgangsrelation für die Prüfung von Überversorgung und Unterversorgung ... 16

§ 17 Feststellung des regionalen Versorgungsgrades ... 16

§ 18 Feststellung des regionalen Versorgungsgrades für Vertrags-psychotherapeuten ... 17

§ 19 Anrechnungsfaktoren bei Hausärzten ... 17

§ 20 Anrechnungsfaktor für überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte für übrige Tätigkeit im Fachgebiet ... 18

§ 21 Berücksichtigung von Anrechnungsfaktoren bei Zulassungen und Anstellungen ... 18

§ 22 Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten und anderen Faktoren ... 19

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

6. Abschnitt: Überversorgung 20

§ 23 Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung 20

§ 24 Feststellung von Überversorgung 20

§ 25 Feststellungen des Landesausschusses zum regionalen Versorgungsgrad in der psychotherapeutischen Versorgung 20

§ 26 Zulassungsverfahren nach Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen 21

7. Abschnitt: Unterversorgung 22

§ 27 Maßstäbe zur Feststellung von Unterversorgung 22

§ 28 Definition der Unterversorgung 22

§ 29 Definition der anzunehmenden Unterversorgung und in absehbarer Zeit drohenden Unterversorgung 23

§ 30 Prüfung auf Unterversorgung oder drohende Unterversorgung 23

§ 31 Kriterien für die Prüfung auf Unterversorgung 23

§ 32 Benachrichtigung des Landesausschusses 23

§ 33 Prüfung der Versorgungslage durch den Landesausschuss 24

§ 34 Maßnahmen des Landesausschusses 24

§ 35 Voraussetzungen für die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in nicht unterversorgten Planungsbereichen durch den Landesausschuss (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3a SGB V) 24

8. Abschnitt: Sonderbedarf, Maßstäbe für zusätzliche lokale und qualifikationsbezogene Sonderbedarfsfeststellungen (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V) 26

§ 36 Zulassungstatbestände für lokalen und qualifikationsbezogenen Sonderbedarf 26

§ 37 Ergänzende Vorgaben für qualifikationsbezogene Sonderbedarfstatbestände 27

§ 38 Fachgebietswechsel 28

§ 39 [unbesetzt] 28

9. Abschnitt: Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen 28

§ 40 Voraussetzungen für eine Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen 28

§ 41 Fachidentität bei gemeinsamer Berufsausübung 29

§ 42 Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens 30

§ 43 Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens in Sonderfällen 31

§ 44 Berücksichtigung von Veränderungen in der Berechnungsgrundlage 31

§ 45 Berechnung der Anpassungsfaktoren 31

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 46 Berücksichtigung des zugelassenen Praxispartners bei der Bedarfsplanung 32

§ 47 Psychotherapeuten und Jobsharing 32

10. Abschnitt: Maßstäbe für eine ausgewogene hausärzt-liche und fachärztliche Versorgungsstruktur 32

§ 48 Voraussetzungen für eine gleichmäßige und bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung 32

§ 49 Maßnahmen zur Wiederherstellung einer ausgewogenen hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsstruktur 32

§ 50 [unbesetzt] 33

11. Abschnitt: Grundlagen, Maßstäbe und Verfahren für die Berücksichtigung der in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Absatz 1 Satz 2 SGB V tätigen Ärzte oder in Versorgungseinrichtungen nach § 311 Absatz 2 SGB V beschäftigten Ärzte bei der Bedarfsplanung sowie Planungsentscheidungen bei Überversorgung und Unterversorgung und im Genehmigungsverfahren der Zulassungsausschüsse 33

§ 51 Bestimmung der Anrechnungsfaktoren 33

§ 52 Anwendbarkeit der Vorschriften zum Jobsharing 34

§ 53 Anwendbarkeit der Vorschriften zur Sonderbedarfsfeststellung 34

§ 54 Berücksichtigung der gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragsarzt und als angestellter Arzt in einem medizinischen Versorgungszentrum bei der Bedarfsplanung 34

§ 55 Berücksichtigung von Arbeitszeitänderungen 34

§ 56 Voraussetzungen der bedarfsunabhängigen Zulassung 35

§ 57 Einrichtungen nach § 311 Absatz 2 SGB V 35

12. Abschnitt: Beschäftigung von angestellten Ärzten 35

§ 58 Anstellungsvoraussetzungen 35

§ 59 Fachidentität bei Anstellung 36

§ 60 Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens 36

§ 61 Anstellung von Psychotherapeuten 37

§ 62 Berücksichtigung der gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragsarzt und als angestellter Arzt in einer Vertragsarztpraxis bei der Bedarfsplanung 37

13. Abschnitt: Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen 37

Unterabschnitt 1: Inkrafttreten 37

§ 63 Inkrafttreten, Außerkrafttreten und Anwendungsfrist 37

§ 64 [unbesetzt] 38

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Unterabschnitt 2: Übergangsregelungen 38

§ 65 Planungsbereiche 38
§ 66 Verhältniszahlen, Versorgungsgrad 40
§ 67 Versorgungssteuerung in besonderen Fällen.....40

Anlagen 41

Anlage 1 Arztzahlen..... 41

Anlage 2 Bedarfsplan und Planungsblätter 50

Anlage 2.1: Struktur des Bedarfsplans nach § 4 Bedarfsplanungsrichtlinie 50

Anlage 2.2.: Die Planungsblätter zur Dokumentation des Standes der Vertragsärztlichen Versorgung 51

Anlage 2.3.: Ergänzende Informationen zur Dokumentation der ambulanten Versorgung gegenüber dem Landes- und Zulassungsausschuss..... 52

Anlage 3 Zuordnung der Planungsbereiche nach den §§ 10 bis 15..... 54

Anlage 3.1: Mittelbereiche nach § 11 Absatz 3..... 54

Anlage 3.2: Zuordnung der Kreise, kreisfreien Städte und Kreisregionen zu den Kreistypen nach § 12 Absatz 3..... 56

Anlage 3.3: Raumordnungsregionen 62

Anlage 4 Demografiefaktor 75

Anlage 4.1 Die Leistungsbedarfsfaktoren des Demografiefakors nach § 9 75

Anlage 4.2 Rechenbeispiel für Ermittlung des korrigierten Versorgungsgrads mithilfe des Demografiefaktors nach § 9 Bedarfsplanungrichtlinie..... 76

Anlage 5 Ermittlung der Verhältniszahlen 78

Anlage 6 Methodik der Typisierung der Kreise 84

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

1. Abschnitt: Allgemeines

[1]Der G-BA strebt eine sprachliche Gleichberechtigung der Geschlechter an. [2]Die Verwendung von geschlechtlichen Paarformen würde aber Verständlichkeit und Klarheit der Richtlinien erheblich einschränken. [3]Die in diesen Richtlinien verwendeten Personenbezeichnungen gelten deshalb auch jeweils in ihrer weiblichen Form.

§ 1 Zweck und Regelungsbereich

(1) Die Richtlinie dient der einheitlichen Anwendung der Verfahren bei Bedarfsplanung und Zulassungsbeschränkungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (einschließlich der psychotherapeutischen Versorgung) aufgrund von Überversorgung und Unterversorgung.

(2) Zu diesem Zweck regelt die Richtlinie auf der Grundlage der nachstehenden gesetzlichen Bestimmungen

1. die vertragsärztliche Bedarfsplanung, insbesondere den Inhalt der Feststellungen in den Bedarfsplänen und die Abgrenzung der Planungsbereiche (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 9 sowie § 99 SGB V; § 12 Absatz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte – Ärzte-ZV),
2. Beispiele regionaler Besonderheiten, die bei der Aufstellung der Bedarfspläne zur Begründung eines Abweichens von dieser Richtlinie herangezogen werden können (§ 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V),
3. Maßstäbe, Grundlagen und Verfahren zur Feststellung des allgemeinen Versorgungsgrades und von Überversorgung in den einzelnen Arztgruppen (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, § 101 Absatz 5, § 103 Absatz 1 SGB V; § 16 b Absatz 1 Satz 3 Ärzte-ZV).
4. Maßstäbe für zusätzliche lokale sowie für qualifikationsbezogene Sonderbedarfsfeststellungen als Voraussetzungen für Ausnahmen bei Zulassungsbeschränkungen (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V),
5. allgemeine Voraussetzungen, nach denen die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Absatz 3 SGB V einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf in nicht unterversorgten Planungsbereichen feststellen können (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3a SGB V),
6. Maßstäbe, Grundlagen und Verfahren zur Beurteilung einer drohenden oder bestehenden Unterversorgung (§ 104 Absatz 1 SGB V; § 16 Absatz 1 Ärzte-ZV),
7. Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V),
8. Grundlagen, Maßstäbe und Verfahren für die Berücksichtigung
   - von Ärzten, die bei Vertragsärzten angestellt sind,
   - von Ärzten, die in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Absatz 1 Satz 2 SGB V tätig sind,
   - von Ärzten, die in Versorgungseinrichtungen nach § 311 Absatz 2 SGB V beschäftigt sind,
   - von ermächtigten Ärzten und von in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzten, sowie

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

– von Ärzten, die in einer Einrichtung nach § 105 Absatz 1 Satz 2 SGB V angestellt sind,

bei der Bedarfsplanung sowie der Planungsentscheidungen bei Überversorgung und Unterversorgung und im Genehmigungsverfahren der Zulassungsausschüsse,

9. die Voraussetzungen für die Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V),
10. die besondere Überversorgungsfeststellung und Durchführung von Zulassungsbeschränkungen für Psychotherapeuten (§ 101 Absatz 4 SGB V),
11. Übergangsregelungen für die Anpassung der bisherigen Bedarfsplanungsrichtlinie (nachfolgend Richtlinie 2007 genannt) an die Anforderungen der Neuregelung (nachfolgend Richtlinie 2012 genannt).

(3) Soweit sich diese Richtlinie auf Ärzte bezieht, gilt sie entsprechend für Psychotherapeuten.

§ 2 Berücksichtigung regionaler Besonderheiten

[1]Von dieser Richtlinie darf mit Begründung im Sinne des § 12 Absatz 3 Ärzte-ZV abgewichen werden, wenn und soweit regionale Besonderheiten dies für eine bedarfsgerechte Versorgung erfordern (§ 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V). [2]Regionale Besonderheiten im Sinne des § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V können insbesondere sein:

1. die regionale Demografie (z. B. ein über- oder unterdurchschnittlicher Anteil von Kindern oder älteren Menschen),
2. die regionale Morbidität (z. B. auffällige Prävalenz- oder Inzidenzraten),
3. sozioökonomische Faktoren (z. B. Einkommensarmut, Arbeitslosigkeit und Pflegebedarf),
4. räumliche Faktoren (z. B. Erreichbarkeit, Entfernung, geographische Phänomene wie Gebirgszüge oder Flüsse, Randlagen, Inseln oder eine besondere Verteilung von Wohn- und Industriegebieten)

sowie

5. Infrastrukturelle Besonderheiten (u. a. Verkehrsanbindung, Sprechstundenzeiten/ Arbeitszeiten und Versorgungsschwerpunkte des Vertragsarztes, Barrierefreiheit, Zugang zu Versorgungsangeboten angrenzender Planungsbereiche unter Berücksichtigung von Über- und Unterversorgung und anderer Sektoren, z. B. in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen etc.).

Ist es aufgrund regionaler Besonderheiten für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich, von diesen Richtlinien abzuweichen, sind die Abweichungen in den nach § 99 Absatz 1 Satz 1 SGB V aufzustellenden Bedarfsplänen zu kennzeichnen und die Besonderheiten darzustellen.

§ 3 Geltung der Richtlinie und der Abweichungen sowie Verhältnis zu anderen Rechtsvorschriften

(1) [1]Die Richtlinie gilt bundeseinheitlich. [2]Absatz 2 bleibt unberührt.

(2) Sofern gemäß § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V und § 12 Absatz 3 Satz 2 Ärzte-ZV von Kassenärztlichen Vereinigungen oder Landesausschüssen in den vorgeschriebenen Verfahren abweichende Regelungen zu dieser Richtlinie vorgesehen werden, sind diese bei der Anwendung dieser Richtlinie verbindlich.

Diese Richtlinien Version ist nicht mehr in Kraft

2. Abschnitt: Grundlagen der Bedarfsplanung

§ 4 Bedarfsplan

(1) [1]Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Bedarfspläne auf, die den Stand und den Bedarf an ärztlicher Versorgung darstellen sollen. [2]Der Bedarfsplan umfasst Grundsätze zur regionalen Versorgung, systematische Abweichungen von der Bundesrichtlinie sowie die Berichterstattung über die fachgruppenspezifischen Versorgungsgrade je Planungsregion. [3]Zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung behinderter Menschen ist bei der Bedarfsplanung vor allem im Hinblick auf Neuzulassungen die Barrierefreiheit besonders zu beachten. [4]Der Bedarfsplan ist kontinuierlich fortzuschreiben und dem Landesausschuss in elektronischer weiterverarbeitbarer Form zur Verfügung zu stellen. [5]Von den Kassenärztlichen Vereinigungen werden in Zeitabständen von drei bis fünf Jahren, erstmals spätestens zum 30. Juni 2013, die Grundsätze zur regionalen Versorgung und systematische Abweichungen von der Bedarfsplanungsrichtlinie beschrieben (Grundsätze der Bedarfsplanung). [6]Darüber hinaus wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen in der Regel halbjährlich, erstmals spätestens zum 30. Juni 2013 die Berichterstattung über die arztgruppenspezifischen Versorgungsgrade je Planungsregion erstellt (Stand der Bedarfsplanung). [7]Erforderlichenfalls können die in den Sätzen 4 und 5 genannten Fristen verkürzt werden. [8]Absatz 3 bleibt unberührt. [9]Die Beteiligung anderer Stellen richtet sich nach den jeweiligen Landesregelungen i.V.m. §§ 90a und 99 SGB V und §§ 13 und 14 der Ärzte-ZV.

(2) [1]Inhalt und Form des Bedarfsplans nach Absatz 1 Satz 2 richten sich nach der Anlage 2 dieser Richtlinie. [2]Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erstellt basierend auf Anlage 2 eine Datensatzbeschreibung für die elektronische Übermittlung der Daten durch die KVen.

(3) Die Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen benutzen das in Anlage 2.2 niedergelegte Schema, in der nach dieser Regelung jeweils aktualisierten Form; auf Anfrage des Landesausschusses haben die Kassenärztlichen Vereinigungen gegebenenfalls Erläuterungen zu den aktuellen Angaben zu machen.

§ 5 Versorgungsebenen

(1) Als Grundstruktur der Bedarfsplanung werden vier Versorgungsebenen bestimmt, welche für die Zuordnung der Arztgruppen, den Zuschnitt der Planungsbereiche und dementsprechend für die Versorgungsgradfeststellung mittels Verhältniszahlen maßgeblich sind:

1. hausärztliche Versorgung;
2. allgemeine fachärztliche Versorgung;
3. spezialisierte fachärztliche Versorgung;
4. gesonderte fachärztliche Versorgung.

(2) Der für die Versorgungsebenen maßgebliche regionale Versorgungsgrad wird arztgruppenspezifisch nach Maßgabe des 5. Abschnitts festgestellt.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 6 Arztgruppen

(1) Die Bestimmung der Arztgruppen erfolgt nach ihrer Versorgungsausrichtung oder in Anlehnung an die (Muster-)Weiterbildungsordnung.

(2) Fachärzte mit Facharztbezeichnungen, welche nach den geltenden Weiterbildungsordnungen nicht mehr erworben werden können, werden der Arztgruppe zugeordnet, der das Gebiet nach dem geltenden Recht zugeordnet ist (z. B. Ärzte für Lungen- und Bronchialheilkunde zum Gebiet der Internisten).

(3) Die gemäß § 73 Absatz 1 a Satz 5 SGB V ausschließlich an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemein- / Praktischen Ärzte, werden bedarfsplanungsrechtlich dem Fachgebiet zugeordnet, dem die ausgeführten fachärztlichen Leistungen nach geltendem Weiterbildungsrecht vorrangig zuordenbar sind.

(4) [1]Führen Vertragsärzte, die nach ihrer bisherigen Bezeichnung einer der Arztgruppen nach §§ 11 - 14 zugeordnet worden sind, aufgrund von Änderungen des Weiterbildungsrechts in weiterbildungsrechtlich zulässigen Fällen eine Bezeichnung für ein Gebiet, dessen Definition zwei Arztgruppen betrifft, bleiben sie der Arztgruppe zugeordnet, in der sie überwiegend ärztliche Leistungen erbringen. [2]Besondere Regelungen für den Fall der Umwandlung von Bezeichnungen oder Änderungen von Gebieten im Rahmen dieser Richtlinie bleiben unberührt.

§ 7 Planungsbereiche

[1]Räumliche Grundlage für die Ermittlungen zum Stand der vertragsärztlichen sowie für die Feststellungen zur Überversorgung oder Unterversorgung ist der Mittelbereich, die kreisfreie Stadt, der Landkreis, die Kreisregion oder die Raumordnungsregion in der Zuordnung des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) bzw. der von einer KV umfasste Bereich (Planungsbereiche). [2]Die Planungsbereiche sind aus der Anlage 3 ersichtlich. [3]Abweichend von Satz 1 kann der Landesausschuss mit 2/3 Mehrheit im Fall einer Gebietsreform beschließen, dass die Planungsbereiche hiervon unberührt bleiben und in ihrer bisherigen Form fortbestehen. [4]Für die Mittelbereiche und Raumordnungsregionen, welche die Bezirke der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung überschreiten, werden Anpassungen vorgenommen. [5]Diese sind in Anlage 3 ersichtlich. [6]Eine Zuordnung der Planungsbereiche erfolgt in den §§ 11 bis 14.

§ 8 Verhältniszahlen

(1) Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad wird durch arztgruppenspezifische Allgemeine Verhältniszahlen gemäß § 11 bis 14 dieser Richtlinie ausgedrückt, die auf der Grundlage von § 101 Absatz 1 Satz 4 und 5 sowie § 101 Absatz 5 (Hausärzte) in Verbindung mit § 101 Absatz 2 SGB V bestimmt werden.

(2) [1]Als Grundlage für die arztgruppenspezifische Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung im Planungsbereich sind die arztgruppenspezifischen Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad (Allgemeine Verhältniszahlen) nach Maßgabe des Absatzes 1 zu bestimmen. [2]Sofern Verhältniszahlen auf der Grundlage von § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V abweichend von dem Verfahren der §§ 11 bis 14 und der Anlage 5 arztgruppenspezifisch und regional abweichend festgestellt werden, bestimmen diese Verhältniszahlen den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad im Sinne dieser Richtlinie.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 9 Modifikation der Verhältniszahl durch einen Demografiefaktor

(1) [1]Die Allgemeinen Verhältniszahlen werden mit einem Demografiefaktor modifiziert. [2]Die Modifikation erfolgt planungsbereichsbezogen durch Multiplikation der Allgemeinen Verhältniszahl mit dem Demografiefaktor. [3]Der Demografiefaktor wird durch Altersfaktoren und einen Leistungsbedarfsfaktor gemäß den Absätzen 3 bis 4 berechnet. [4]Durch einvernehmlichen Beschluss der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen kann vom Demografiefaktor begründet nach § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V abgewichen werden.

(2) Für die Arztgruppen der Kinderärzte und Kinder- und Jugendpsychiater sowie den Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung im Sinne des § 14 kommt der Demografiefaktor nicht zur Anwendung.

(3) [1]Die Altersfaktoren sind die Anteile der unter 65-jährigen bzw. 65-jährigen und älteren Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung in Prozent. [2]Sie werden für die Frauenärzte auf der Basis der Frauen berechnet. [3]Bei den anderen Arztgruppen werden Frauen und Männer gezählt. [4]Die Altersfaktoren werden in allgemeine Altersfaktoren nach Nummer 1 und regionale Altersfaktoren nach Nummer 2 unterschieden.

1. Die allgemeinen Altersfaktoren werden zum Stichtag 31.12.2010 ermittelt. Daraus ergeben sich folgende allgemeine Altersfaktoren:

	Allgemeiner Altersfaktor unter 65	Allgemeiner Altersfaktor 65 und älter
Gesamtbevölkerung	79,4	20,6
Bevölkerung (weiblich)	76,8	23,2

2. Die regionalen Altersfaktoren werden auf der Basis des letzten amtlichen Standes der Wohnbevölkerung im Planungsbereich berechnet.

(4) [1]Der Leistungsbedarfsfaktor wird auf der Basis der Abrechnungsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für fünf Jahre berechnet. [2]Es ist der Leistungsbedarf in Punkten für die 12 letzten Abrechnungsquartale getrennt für die Arztgruppen gemäß §§ 11 bis 13 dieser Richtlinie, die nicht nach Absatz 2 ausgeschlossen sind und für die Altersgruppen der Versicherten unter 65 Jahren bzw. 65 Jahre und älter zu ermitteln. [3]Für die Arztgruppe der Psychotherapeuten wird der Leistungsbedarf ohne Berücksichtigung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ermittelt. [4]Die ermittelten Punktzahlen sind durch die Anzahl der Versicherten der jeweiligen Altersgruppe zu teilen. [5]Bei der Arztgruppe der Frauenärzte sind nur die Frauen zu zählen. [6]In jeder Arztgruppe wird nun der Leistungsbedarf je Versicherten der 65-Jährigen und älteren durch den Leistungsbedarf je Versicherten der unter 65-Jährigen geteilt. [7]Das Ergebnis ist der Leistungsbedarfsfaktor. [8]Diese Relation drückt das Verhältnis des Behandlungsbedarfs der 65-jährigen und älteren Bevölkerung zu dem der bis 65-Jährigen aus.

(5) [1]Der Demografiefaktor wird je Arztgruppe aus den Altersfaktoren und dem Leistungsbedarfsfaktor der jeweiligen Arztgruppe bestimmt: Es wird die Summe aus dem allgemeinen Altersfaktor der unter 65 und dem Produkt von allgemeinem Altersfaktor der 65-jährigen und älteren Bevölkerung mal Leistungsbedarfsfaktor gebildet. [2]Diese Summe wird geteilt durch die Summe aus regionalem Altersfaktor der unter 65-jährigen und dem Produkt von regionalem Altersfaktor der 65-jährigen und älteren Bevölkerung mal Leistungsbedarfsfaktor.

(6) Die Berechnungen der Absätze 3 und 5 werden einmal pro Jahr von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung durchgeführt.

(7) Die Anpassung der Verhältniszahl der Arztgruppen erfolgt nach Durchführung der Berechnungen jeweils zum 30. Juni eines Jahres.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

(8) Bei der Besetzung von Arztsitzen, die aufgrund des Demografiefaktors ausgeschrieben werden, soll der Zulassungsausschuss in geeigneten Fällen darauf hinwirken, dass möglichst solche Bewerber Berücksichtigung finden, die zusätzlich zu ihrem Fachgebiet über eine gerontologisch/geriatrische Qualifikation verfügen.

(9) Fünf Jahre nach Inkrafttreten der Bedarfsplanungsrichtlinie tritt der Leistungsbedarfsfaktor nach Absatz 4 außer Kraft.

(10) Die arztgruppenbezogenen Leistungsbedarfsfaktoren sowie ein Rechenbeispiel sind in Anlage 4 aufgeführt.

§ 10 Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zum Stand der vertragsärztlichen Versorgung

[1]Der Landesausschuss hat auf der Grundlage der Bedarfspläne gemäß § 4 und von Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen über die vom Zulassungsausschuss ausgesprochenen Zulassungen im Planungsbereich in geeigneten Zeitabständen den Stand der Versorgung zu überprüfen. [2]Die Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigung erstrecken sich bei psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten auch auf die gemäß § 12 jeweils zum 31. Dezember des Jahres zu treffende Feststellung über die Zuordnung von Vertragsärzten als ausschließlich psychotherapeutisch tätige oder überwiegend psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte.

3. Abschnitt: Hausärztliche Versorgung

§ 11 Hausärztliche Versorgung

(1) Arztgruppen der hausärztlichen Versorgung sind Hausärzte.

(2) Zur Arztgruppe der Hausärzte gehören gemäß § 101 Absatz 5 SGB V:

1. Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte sowie Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, sofern keine Genehmigung zur Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung gemäß § 73 Absatz 1a Satz 5 SGB V vorliegt,
2. Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung und ohne weiteres Fachgebiet, welche die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Absatz 1a Satz 1 Nummer 3 SGB V gewählt haben,
3. sofern sie nach dem maßgeblichen Weiterbildungsrecht eine entsprechende Bezeichnung erworben haben: Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin (Hausärzte).

(3) [1]Planungsbereich für die hausärztliche Versorgung ist der Mittelbereich in der Abgrenzung des Bundesinstituts für Bau, Stadt- und Raumforschung. [2]Erstreckt sich der Mittelbereich über die Grenzen einer Kassenärztlichen Vereinigung, sind die Teile der Mittelbereiche getrennt zu beplanen. [3]Zum Zwecke einer homogenen und stabilen Versorgung kann eine abweichende Raumgliederung (Zusammenlegung oder weitere Untergliederungen in Stadtteile, Ortsbereiche) nach § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V vorgenommen werden. [4]Die abweichende Raumgliederung ist bekannt zu geben. [5]Die Planungsbereiche sind aus der Anlage 3.1 ersichtlich.

(4) [1]Die Verhältniszahl wird für die Arztgruppe der Hausärzte einheitlich mit dem Verhältnis: 1 Hausarzt zu 1.671 Einwohnern festgelegt. [2]Die Region nach § 65 Absatz 3 bleibt unberührt.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4. Abschnitt: Fachärztliche Versorgung

§ 12 Allgemeine fachärztliche Versorgung

(1) Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung sind:

1. Augenärzte
2. Chirurgen
3. Frauenärzte
4. Hautärzte
5. HNO-Ärzte
6. Nervenärzte
7. Orthopäden
8. Psychotherapeuten
9. Urologen
10. Kinderärzte

(2) Es gelten folgende Definitionen für die Arztgruppen:

1. Zur Arztgruppe der Augenärzte gehören die Fachärzte für Augenheilkunde.
2. Zur Arztgruppe der Chirurgen gehören die Fachärzte für Chirurgie, die Fachärzte für Allgemeine Chirurgie, die Fachärzte für Kinderchirurgie, die Fachärzte für Plastische Chirurgie, die Fachärzte für Plastische und Ästhetische Chirurgie, die Fachärzte für Gefäßchirurgie sowie die Fachärzte für Visceralchirurgie. Nicht zu dieser Arztgruppe gehören die Fachärzte für Herzchirurgie, die Fachärzte für Thoraxchirurgie und die Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie.
3. Zur Arztgruppe der Frauenärzte gehören die Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.
4. Zur Arztgruppe der Hautärzte gehören die Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten.
5. Zur Arztgruppe der HNO-Ärzte gehören die Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, die Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie und die Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen.
6. Zur Arztgruppe der Nervenärzte gehören die Nervenärzte, Neurologen, Psychiater sowie Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.
7. Zur Arztgruppe der Orthopäden gehören die Fachärzte für Orthopädie und die Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

8. [1]Zur Arztgruppe der Psychotherapeuten gehören gemäß § 101 Absatz 4 Satz 1 SGB V die überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte, die Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, die Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. [2]Überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte sind Ärzte, welche als solche gemäß § 95 Absatz 13 SGB V zugelassen oder in diesem Umfang tätig sind. [3]Für die Bemessung des Tätigkeitsumfangs im Einzelnen gilt § 18. [4]Für die Bemessung wird bei überwiegend psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten ein Faktor von 0,7 zugrunde gelegt. [5]Die Tätigkeit als überwiegend psychotherapeutisch tätiger Vertragsarzt ist nur zulässig, wenn der Vertragsarzt gleichzeitig in seinem Fachgebiet zugelassen ist oder wird. [6]Die Zuordnung zur Arztgruppe der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte berührt, unbeschadet der Regelung in § 19 Absatz 1, den Status als Hausarzt nicht, sofern keine Genehmigung zur Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung gemäß § 73 Absatz 1 a Satz 5 SGB V vorliegt. [7]Als Ärzte und Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, gelten:

   - ausschließlich als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zugelassene Ärzte und Psychotherapeuten, die nicht berechtigt sind, Personen zu Lasten der GKV zu behandeln, deren Behandlung nach Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat,
   - Ärzte und Psychotherapeuten, deren psychotherapeutische Leistungen, die an Kindern und Jugendlichen erbracht werden, an ihren Gesamtleistungen den Anteil von 90 v.H. erreichen bzw. überschreiten.

9. Zur Arztgruppe der Urologen gehören die Fachärzte für Urologie.

10. Zur Arztgruppe der Kinderärzte gehören die Fachärzte für Kinderheilkunde und die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin.

(3) [1]Planungsbereich für die allgemeine fachärztliche Versorgung ist die kreisfreie Stadt, der Landkreis oder die Kreisregion. [2]Kreisregionen sind Kreiszusammenfassungen in der Zuordnung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR). [3]Für die Feststellung der Allgemeinen Verhältniszahlen und die Überversorgung werden die Planungsbereiche der allgemeinen fachärztlichen Versorgung fünf raumordnungsspezifischen Planungskategorien zugeordnet. [4]Die Typisierung erfolgt auf Basis des Konzepts der Großstadtregionen des BBSR. [5]Die Methodik zur Bestimmung der Kreistypen ist in Anlage 6 beschrieben. [6]Zum Zwecke einer homogenen und stabilen Versorgung kann auch für einzelne Arztgruppen eine abweichende Raumgliederung (Zusammenlegung oder weitere Untergliederungen) nach § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V vorgenommen werden. [7]Die Planungsbereiche und ihre Typisierung sind aus der Anlage 3.2 ersichtlich.

(4) Die Verhältniszahlen (ein Arzt je Anzahl Einwohner) der Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung bestimmen sich wie folgt:

	Typ 1	Typ 2	Typ 3	Typ 4	Typ 5
Augenärzte	13.399	20.229	24.729	22.151	20.664
Chirurgen	26.230	39.160	47.479	42.318	39.711
Frauenärzte	3.733	5.619	6.606	6.371	6.042
Hautärzte	21.703	35.704	42.820	41.924	40.042
HNO-Ärzte	17.675	26.943	34.470	33.071	31.768
Nervenärzte	13.745	28.921	33.102	31.938	31.183

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Orthopäden	14.101	22.298	26.712	26.281	23.813
Psychotherapeuten	3.079	7.496	9.103	8.587	5.953
Urologen	28.476	45.200	52.845	49.573	47.189
Kinderärzte	2.405	3.587	4.372	3.990	3.859

[1]Die Verhältniszahl der Kinderärzte bezieht sich auf die „bis unter 18-Jährigen“. [2]Die Verhältniszahl der Frauenärzte bezieht sich auf die weibliche Bevölkerung.

(5) Für die Region nach § 65 Absatz 3 gelten gesonderte Verhältniszahlen.

§ 13 Spezialisierte fachärztliche Versorgung

(1) Der spezialisierten fachärztlichen Versorgung gehören folgende Arztgruppen an:

1. Anästhesisten
2. Fachinternisten (fachärztlich tätig)
3. Kinder- und Jugendpsychiater
4. Radiologen

(2) Es gelten folgende Definitionen für die Arztgruppen:

1. Zur Arztgruppe der Anästhesisten gehören die Fachärzte für Anästhesiologie und die Fachärzte für Anästhesiologie und Intensivtherapie.
2. Zur Arztgruppe der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten gemäß § 101 Absatz 5 Satz 3 SGB V gehören alle internistischen Fachärzte, die nicht an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Die Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin (Hausärzte) können – unbeschadet der Regelung des § 73 Absatz 1a Satz 5 SGB V – nicht an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen.
3. Zur Arztgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater (KJPP) gehören die Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und die Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie.
4. Zur Arztgruppe der Radiologen gehören die Fachärzte für Radiologie, die Fachärzte für Strahlentherapie und Radiologische Diagnostik, die Fachärzte für Radiologische Diagnostik sowie die Fachärzte für Diagnostische Radiologie.

(3) [1]Planungsbereich für die spezialisierte fachärztliche Versorgung ist die Raumordnungsregion in der Zuordnung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung. [2]Erstreckt sich die Raumordnungsregion über die Grenzen einer Kassenärztlichen Vereinigung sind die Teile der Raumordnungsregion getrennt zu beplanen. [3]Zum Zwecke einer homogenen und stabilen Versorgung kann auch für einzelne Arztgruppen eine abweichende Raumgliederung (Zusammenlegung oder weitere Untergliederungen) nach § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V vorgenommen werden.

(4) Die Verhältniszahlen (ein Arzt je Anzahl Einwohner) bestimmen sich wie folgt:

Anästhesisten	46.917
Radiologen	49.095
Fachinternisten	21.508
Kinder- und Jugendpsychiater	16.909

Die Verhältniszahl der Kinder- und Jugendpsychiater bezieht sich auf die bis unter 18-Jährigen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

(5) Bei der Neubesetzung von Arztsitzen für Anästhesie soll der Zulassungsausschuss darauf hinwirken, dass Bewerber Berücksichtigung finden, deren Versorgungsschwerpunkte in Schmerztherapie oder Palliativmedizin liegen.

§ 14 Gesonderte fachärztliche Versorgung

(1) Der gesonderten fachärztlichen Versorgung gehören folgende Arztgruppen an:

1. Humangenetiker
2. Laborärzte
3. Neurochirurgen
4. Nuklearmediziner
5. Pathologen
6. Physikalische- und Rehabilitations-Mediziner
7. Strahlentherapeuten
8. Transfusionsmediziner

(2) Es gelten folgende Definitionen für die Arztgruppen:

1. Zur Arztgruppe der Humangenetiker gehören die Fachärzte für Humangenetik.
2. Zur Arztgruppe der Laborärzte gehören die Fachärzte für Biochemie, die Fachärzte für experimentelle und diagnostische Mikrobiologie, die Fachärzte für Immunologie, die Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, die Fachärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie sowie die Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie.
3. Zur Arztgruppe der Neurochirurgen gehören die Fachärzte für Neurochirurgie.
4. Zur Arztgruppe der Nuklearmediziner gehören die Fachärzte für Nuklearmedizin.
5. Zur Arztgruppe der Pathologen gehören die Fachärzte für Neuropathologie, die Fachärzte für Pathologie und die Fachärzte für pathologische Anatomie.
6. Zur Arztgruppe der Physikalischen- und Rehabilitations-Mediziner gehören die Fachärzte für physikalische und rehabilitative Medizin und die Fachärzte für Physiotherapie.
7. Zur Arztgruppe der Strahlentherapeuten gehören die Fachärzte für Strahlentherapie.
8. Zur Arztgruppe der Transfusionsmediziner gehören die Fachärzte für Blutspende- und Transfusionsmedizin und die Fachärzte für Transfusionsmedizin.

(3) [1]Planungsbereich für die gesonderte fachärztliche Versorgung ist der Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung. [2]§ 12 Absatz 2 Satz 2 Ärzte-ZV bleibt unberührt.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

(4) Die Verhältniszahlen (ein Arzt je Anzahl Einwohner) der Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung bestimmen sich wie folgt:

Humangenetiker	606.384
Laborärzte	102.001
Neurochirurgen	161.207
Nuklearmediziner	118.468
Pathologen	120.910
Physikalische und Rehabilitations-Mediziner	170.542
Strahlentherapeuten	173.576
Transfusionsmediziner	1.322.452

§ 15 Weitere Arztgruppen

Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft in Abständen von zwei Jahren, welche weiteren Arztgruppen entsprechend ihrer zahlenmäßigen Entwicklung oder aufgrund der Änderung der fachlichen Ordnung oder zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung in die Planung einbezogen werden.

§ 16 Praxisnachfolge

[1]Im Falle der Praxisnachfolge gilt, dass die Praxis auch für Ärzte ausgeschrieben werden kann, welche ganz oder teilweise in einem Fachgebiet tätig sind, welches mit dem alten Fachgebiet übereinstimmt. [2]Bei der Nachbesetzung soll zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung eine ausgewogene Verteilung der von dieser Regelung betroffenen Fachgebiete gesichert sein (z.B. bei Fachinternisten mit Schwerpunkten oder Nervenärzte (Psychiater/Neurologen)).

5. Abschnitt: Feststellung des allgemeinen Versorgungsgrades als Ausgangsrelation für die Prüfung von Überversorgung und Unterversorgung

§ 17 Feststellung des regionalen Versorgungsgrades

(1) [1]Die lokale Verhältniszahl wird auf der Grundlage der zum Zeitpunkt der Feststellung im Planungsbereich zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Vertragsärzte und angestellten Ärzte (Anrechnungsfaktor nach § 21) der Arztgruppe im Verhältnis zur Einwohnerzahl ermittelt. [2]Die Zahl der Einwohner bemisst sich nach der Wohnbevölkerung nach dem letzten amtlichen Stand.

(2) Bei der Feststellung nach Absatz 1 ist der Demografiefaktor zu berücksichtigen.

(3) Die Berücksichtigung ermächtigter und angestellter Ärzte erfolgt gemäß §§ 22 und 58.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 18 Feststellung des regionalen Versorgungsgrades für Vertragspsychotherapeuten

(1) [1]In der Gruppe der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen oder überwiegend psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzte wird für die Feststellungen des Versorgungsgrades jeweils auf den 31. Dezember des vorausgegangenen Jahres auf der Grundlage einer durchschnittlichen Berechnung des ersten bis dritten Quartals des Vorjahres und des vierten Quartals des vor dem Vorjahr liegenden Jahres abgestellt. [2]Wird der Zeitraum von vier Quartalen wegen der Dauer der vorausgegangenen Tätigkeit des Arztes nicht ausgefüllt, ist auf der Grundlage der tatsächlichen Tätigkeitsdauer der Anteil der psychotherapeutischen Leistungen am Gesamtanteil der ärztlichen Leistungen zu ermitteln. [3]Die überwiegend psychotherapeutisch tätigen oder als solche neben ihrer Zulassung im Fachgebiet zugelassenen Vertragsärzte werden auch beim lokalen Versorgungsgrad ungeachtet ihres tatsächlichen Leistungsanteils mit dem Faktor 0,7 angerechnet. [4]Für die entsprechenden Vertragsärzte mit einem hälftigen Versorgungsauftrag gemäß § 19a Ärzte-ZV wird der Faktor halbiert.

(2) [1]Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte sind zugelassene Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin sowie Ärzte, welche als ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte zugelassen sind, sowie Ärzte, deren psychotherapeutische Leistungen an ihren Gesamtleistungen den Anteil von 90 v.H. überschreiten. [2]Als überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte gelten Ärzte, deren psychotherapeutische Leistungen mehr als 50 v.H., jedoch nicht mehr als 90 v.H. ihrer ärztlichen Leistungen umfassen. [3]Ab dem 1. April 2005 zählen als psychotherapeutische Leistungen in diesem Sinne die Leistungen der Abschnitte 35.2 und 35.3 sowie die Leistungen nach den Nummern 35111 bis 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142 und 35150 des EBM mit Stand vom 1. April 2005. [4]Der Leistungsanteil der psychotherapeutischen Leistungen wird als Anteil der Punktzahlen der vorgenannten psychotherapeutischen Leistungen des EBM an den gesamten Punktzahlen des Arztes ermittelt. [5]Als psychotherapeutische Leistungen für Kinder und Jugendliche zählen die Leistungen des Kapitels 35 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) mit Ausnahme der Gebührenordnungspositionen 35100 und 35110, die an Kindern und Jugendlichen (bis 21 Jahre) erbracht wurden. [6]Der Leistungsanteil, der an Kindern und Jugendlichen psychotherapeutisch erbrachten Leistungen, wird als Anteil der Punktzahlen dieser Leistungen an den Gesamtpunktzahlen des Leistungserbringers ermittelt.

(3) Die Berücksichtigung ermächtigter Psychotherapeuten und angestellter Psychotherapeuten erfolgt gemäß §§ 22 und 58.

§ 19 Anrechnungsfaktoren bei Hausärzten

(1) Hausärzte, welche zum Stichtag 31. Dezember des Vorjahres der Arztgruppe der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zuzuordnen sind, werden nicht als Hausärzte erfasst, Hausärzte, welche zu diesem Stichtag der Gruppe der überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzte zuzuordnen sind, werden mit dem Faktor 0,3 erfasst.

(2) Hausärzte, welche neben der Hausarztfunktion eine fachärztliche Tätigkeit unter einer weiteren Facharztbezeichnung wahrnehmen, werden mit dem Faktor 0,5 erfasst.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 20 Anrechnungsfaktor für überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte für übrige Tätigkeit im Fachgebiet

[1]Vertragsärzte, welche neben ihrer Zulassung im Fachgebiet als überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte zugelassen sind oder als überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte erfasst und in der Arztgruppe der Psychotherapeuten mit dem Faktor 0,7 angerechnet werden, werden bei der Bestimmung der regionalen Verhältniszahl der Arztgruppe, in der sie im Fachgebiet zugelassen sind, mit dem Faktor 0,3 angerechnet. [2]Für die entsprechenden Vertragsärzte mit einem hälftigen Versorgungsauftrag gemäß § 19a Ärzte-ZV werden die Faktoren halbiert.

§ 21 Berücksichtigung von Anrechnungsfaktoren bei Zulassungen und Anstellungen

(1) [1]Ärzte, welche als Vertragsarzt für zwei Gebiete im Sinne der (M-)WBO zugelassen sind, werden bei Feststellungen zum lokalen Versorgungsgrad der jeweiligen Arztgruppe mit dem Faktor 0,5 zugerechnet. [2]Bei Ärzten nach Absatz 2, welche in zwei Fachgebieten tätig sind, wird der Faktor halbiert.

(2) Ärzte, welche durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss ihren Versorgungsauftrag auf die Hälfte gemäß § 19a Absatz 2 Ärzte-ZV beschränkt haben oder bei denen der Zulassungsausschuss die hälftige Entziehung der Zulassung beschlossen hat, werden mit dem Faktor 0,5 erfasst.

(3) [1]Angestellte Ärzte eines Vertragsarztes nach § 95 Absatz 9 Satz 1 SGB V und die in einem Medizinischen Versorgungszentrum angestellten Ärzte werden entsprechend ihrer Arbeitszeit mit den Anrechnungsfaktoren nach den §§ 51 und 58 auf den Versorgungsgrad angerechnet. [2]Die Regelung findet auch Anwendung auf angestellte Ärzte in Eigeneinrichtungen nach § 105 Absatz 1 Satz 2 SGB V.

(4) Endet die Leistungsbegrenzung nach § 26 bei Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen durch die Anordnung des Landesausschusses nach § 16 b Absatz 3 und 4 Ärzte-ZV, wird der angestellte Arzt eines Vertragsarztes oder eines Medizinischen Versorgungszentrums bei der Ermittlung des Versorgungsgrades nach dem Anrechnungsfaktor gemäß Absatz 3 berücksichtigt.

(5) [1]Bei Umwandlung einer Anstellung in eine Zulassung gemäß § 95 Absatz 9b SGB V wird der Arzt, der bisher als Angestellter mit dem Faktor 1 gezählt wurde, voll zugelassen (mit dem Faktor 1 angerechnet). [2]Bei einer bisherigen Anrechnung als Angestellter mit dem Faktor 0,5 erfolgt die hälftige Zulassung (mit dem Faktor 0,5 angerechnet).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 22 Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten und anderen Faktoren

(1) [1]Ermächtigte Ärzte werden entsprechend ihrem tatsächlichen Tätigkeitsumfang pauschaliert auf den Versorgungsgrad angerechnet, soweit der Tätigkeitsumfang nicht vernachlässigbar ist. [2]Vernachlässigbar sind Tätigkeitsumfänge, die insgesamt ungerundet ein Viertel eines Vollversorgungsauftrags für die jeweilige Arztgruppe nicht erreichen. [3]Die Anrechnung setzt eine Ermächtigung für die Erbringung von mindestens drei vertragsärztlichen Leistungsziffern voraus. [4]Tätigkeitsumfänge werden je nach vom Ermächtigten erbrachtem Tätigkeitsumfang mit dem Faktor 0,25; 0,5; 0,75 oder 1,0 auf den Versorgungsgrad der jeweiligen Arztgruppe angerechnet. [5]Als Maßstab für die Anrechnung des Tätigkeitsumfanges ist auf das Verhältnis der vom ermächtigten Arzt erbrachten Fallzahl zu dem Fallzahldurchschnitt der niedergelassenen Vertragsärzte der entsprechenden Arztgruppe in der betreffenden KV-Region abzustellen; dabei wird auf den nächstliegenden Anrechnungsfaktor nach mathematischen Grundsätzen gerundet.

(2) [1]Ärzte in ermächtigten Einrichtungen werden auf den Versorgungsgrad der jeweiligen Arztgruppe angerechnet. [2]Keine Anrechnung erfolgt für ermächtigte Einrichtungen nach § 117 SGB V und § 119a SGB V und für Tätigkeitsumfänge von ermächtigten Einrichtungen, die insgesamt ungerundet ein Viertel eines Vollversorgungsauftrags für die jeweilige Arztgruppe nicht erreichen. [3]Die Berücksichtigung der sonstigen ermächtigten Einrichtungen erfolgt entsprechend den folgenden Regelungen:

1. [1]Krankenhäuser, die ambulante Behandlung nach § 116a SGB V und § 118a SGB V erbringen, werden entsprechend einem Fallzahlquotienten in Schritten von jeweils 0,25 angerechnet. [2]Der Fallzahlquotient ergibt sich aus dem Verhältnis der Fallzahlen der Einrichtung zu dem Fallzahldurchschnitt der niedergelassenen Vertragsärzte der entsprechenden Arztgruppe in der betreffenden KV-Region. [3]Es wird mathematisch auf den nächstliegenden Anrechnungsfaktor auf- bzw. abgerundet.
2. [1]Einrichtungen gemäß §§ 118 und 119 SGB V sind mit einem Anrechnungsfaktor von pauschal 0,5 je Einrichtung zu berücksichtigen. [2]Sofern belastbare Daten über den Umfang der Leistungen der Einrichtungen aus dem fachgebietsspezifischen Versorgungsspektrum eines niedergelassenen Vertragsarztes vorliegen, erfolgt eine Anrechnung für diesen Anteil der Leistung entsprechend Absatz 2 Satz 3 Nr. 1. [3]Hierfür können auch Daten oder Informationen aus einer freiwilligen Selbstauskunft der betroffenen Einrichtungen verwendet werden.

(3) [1]Die Zuordnung nach Absatz 1 und 2 zum Versorgungsgrad der jeweiligen Arztgruppe erfolgt auf Grundlage der Definitionen der Arztgruppen nach § 11 Absatz 2, § 12 Absatz 2, § 13 Absatz 2 und § 14 Absatz 2. [2]Bei Anrechnungen nach Absatz 2 erfolgt die Anrechnung bei der Arztgruppe, die den Schwerpunkt der Leistungen in der Einrichtung erbringt. [3]Liegen keine Informationen über den Schwerpunkt der Einrichtung vor, erfolgt die Anrechnung nach Absatz 2 Satz 3 Nr. 2 für Einrichtungen gemäß § 118 SGB V bei den Psychotherapeuten, für Einrichtungen gemäß § 118a SGB V bei den Fachinternisten und für Einrichtungen gemäß § 119 SGB V bei den Kinderärzten.

(4) [1]Von den Anrechnungsregelungen der Absätze 1 und 2 kann abgewichen werden, sofern es zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten erforderlich ist. [2]Ob solche Besonderheiten bestehen und inwieweit hieraus Abweichungen von den Anrechnungsfaktoren erfolgen können, obliegt der einvernehmlichen Entscheidung nach § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V auf Landesebene.

(5) Nach Abschluss der noch ausstehenden Vereinbarung für die geriatrischen Institutsambulanzen nach § 118a SGB V sowie der Psychosomatischen Institutsambulanz gem. § 118 Absatz 3 SGB V werden die Regelungen zur Anrechnung auf den Versorgungsgrad innerhalb von 6 Monaten auf Sachgerechtigkeit überprüft und ggf. angepasst.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss evaluiert die Auswirkungen der Regelung 3 Jahre nach ihrem Inkrafttreten und berät auf Grundlage der Ergebnisse über die Erforderlichkeit einer Anpassung der Regelung.

(7) Hat der G-BA bis zum 31. Mai 2018 keine Anpassung oder unveränderte Fortgeltung beschlossen, so tritt diese Regelung mit diesem Datum außer Kraft.

6. Abschnitt: Überversorgung

§ 23 Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung

Bei der Feststellung von Überversorgung hat der Landesausschuss auf der Grundlage der Zuordnung des zu prüfenden Planungsbereiches gemäß §§ 11 bis 14 in Verbindung mit Anlage 3 sowie auf der Grundlage der danach gemäß § 8 für die zu prüfende Arztgruppe maßgeblichen Allgemeinen Verhältniszahlen unter Anwendung der Anpassungsfaktoren nach § 9 wie folgt zu verfahren:

1. Gegebenenfalls sind Korrekturfaktoren nach den §§ 19 bis 22 zu berücksichtigen;
2. Eine eventuelle Überversorgung durch Vergleich der beiden Verhältniszahlen ist gemäß § 24 festzustellen.

§ 24 Feststellung von Überversorgung

[1]Ergibt der danach vorzunehmende Vergleich zwischen der für den Planungsbereich maßgeblichen Allgemeinen Verhältniszahl für die Arztgruppe und der für den Planungsbereich ermittelten lokalen Verhältniszahl eine Überschreitung von 10 v.H. (die lokale Arzt/Einwohnerrelation übersteigt um 10 Prozent die allgemeine Arzt/Einwohnerrelation), so ist Überversorgung anzunehmen. [2]Dies gilt auch bei der Anwendung von Korrekturfaktoren.

§ 25 Feststellungen des Landesausschusses zum regionalen Versorgungsgrad in der psychotherapeutischen Versorgung

(1) Bei der Feststellung nach § 24 hat der Landesausschuss für die psychotherapeutische Versorgung für jeden Planungsbereich gemäß § 101 Absatz 4 SGB V folgende Feststellungen zu treffen:

1. Der Versorgungsgrad für den Planungsbereich ist anhand der Allgemeinen Verhältniszahl zu ermitteln und als Anzahl der Psychotherapeuten auszudrücken.
2. Anhand der Zahl der Psychotherapeuten nach Nummer 1 ist ein 25-prozentiger Anteil für psychotherapeutische Ärzte in Zahlen der Ärzte festzustellen (Quote).
3. Anhand der Zahl der Psychotherapeuten nach Nummer 1 ist ein 20-prozentiger Anteil für die Ärzte und Psychotherapeuten festzustellen, die gemäß § 12 Absatz 2 Nummer 8 der Bedarfsplanungsrichtlinie ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln (Quote).
4. Stellt der Landesausschuss Überversorgung fest, hat er zugleich eine Fest-stellung zu treffen, in welchem Umfang gemäß § 101 Absatz 4 SGB V – ausgedrückt in der Anzahl der Psychotherapeuten – in jedem Versorgungsanteil Ärzte oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zugelassen werden können, wenn die Versorgungsanteile nicht ausgeschöpft sind.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

5. Die Feststellungen nach den Nummern 2 bis 4 sind auf der Grundlage der Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 10 zu treffen.

(2) Bei den Feststellungen nach den Nummern 1 bis 3 wird auf halbe Zulassungen oder Genehmigungen aufgerundet.

(3) [1]Ordnet der Landesausschuss Zulassungsbeschränkungen wegen Überversorgung an, darf der Zulassungsausschuss nach Maßgabe der vom Landesausschuss für den jeweiligen Versorgungsanteil nach Absatz 1 Nummer 4 und Absatz 2 festgestellten nicht ausgeschöpften Zahlen an Psychotherapeuten Zulassungen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Ärztliche Psychotherapeuten erteilen. [2]Der Zulassungsausschuss entscheidet nach Maßgabe der Regelungen in § 26.

§ 26 Zulassungsverfahren nach Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen

(1) [1]Kommt der Landesausschuss nach einer Feststellung von Überversorgung aufgrund der weiteren Entwicklung und seiner Prüfung zu der Folgerung, dass Überversorgung nicht mehr besteht, so ist der Aufhebungsbeschluss hinsichtlich der Zulassungsbeschränkungen mit der Auflage zu versehen, dass Zulassungen nur in einem solchen Umfang erfolgen dürfen, bis für die Arztgruppe Überversorgung eingetreten ist. [2]Wird der Überversorgungsgrad bereits mit einer hälftigen Zulassung überschritten, kommt nur eine Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag oder eine hälftige Genehmigung in Betracht. [3]Im Hinblick auf die Prospektivität der Bedarfs-planung eines Planungsbereiches sollen Möglichkeiten der Befristung von Zulassungen nach § 19 Absatz 4 Ärzte-ZV geprüft werden.

(2) [1]Für Ärzte oder Psychotherapeuten, die gemäß § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V in beschränkter Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung zugelassen sind, und die nach den §§ 46 oder 47 in gesperrten Planungsbereichen nicht auf den Versorgungsgrad angerechnet werden, bewirkt die Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen nach Absatz 1 im Fachgebiet, dass für solche Ärzte oder Psychotherapeuten die Beschränkung der Zulassung und die Leistungsbegrenzung für die Gemeinschaftspraxis nur nach Maßgabe der Bestimmung zum Umfang des Aufhebungsbeschlusses enden, und zwar in der Reihenfolge der jeweils längsten Dauer der gemeinsamen Berufsausübung. [2]Die Beendigung der Beschränkung der Zulassung auf die gemeinsame Berufsausübung und der Leistungsbegrenzung nach zehnjähriger gemeinsamer Berufsausübung bleibt unberührt (§ 101 Absatz 3 Satz 2 SGB V).

(3) Unter Berücksichtigung der Vorrangigkeit der in Absatz 2 Satz 1 geregelten Reihenfolge von Ärzten und Psychotherapeuten, deren Zulassungsbeschränkung und Leistungsbegrenzung aufgehoben wird, endet die Beschränkung der Leistungsbegrenzung bei angestellten Ärzten gemäß § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V nach Maßgabe der Bestimmung des Umfanges des Aufhebungsbeschlusses, und zwar in der Reihenfolge der jeweils längsten Dauer der Jahre der Anstellung.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

(4) Über Anträge auf (Neu-)Zulassung entscheidet der Zulassungsausschuss nach Maßgabe der folgenden Regelungen:

1. Der Beschluss des Landesausschusses nach Absatz 1 ist zum nächstmöglichen Zeitpunkt in den für amtliche Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung vorgesehenen Blättern zu veröffentlichen.
2. In der Veröffentlichung sind die Entscheidungskriterien nach Nummer 3 und die Frist (in der Regel sechs bis acht Wochen) bekannt zu machen, innerhalb der potentielle Bewerber ihre Zulassungsanträge abzugeben und die hierfür erforderlichen Unterlagen gemäß § 18 Ärzte-ZV beizubringen haben. Der Zulassungsausschuss berücksichtigt bei dem Auswahlverfahren nur die nach der Bekanntmachung fristgerecht und vollständig abgegebenen Zulassungsanträge.
3. Unter mehreren Bewerbern entscheidet der Zulassungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen unter Berücksichtigung folgender Kriterien:
   - berufliche Eignung,
   - Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit,
   - Approbationsalter,
   - Dauer der Eintragung in die Warteliste gemäß § 103 Absatz 5 Satz 1 SGB V,
   - bestmögliche Versorgung der Versicherten im Hinblick auf die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes,
   - Entscheidung nach Versorgungsgesichtspunkten (siehe z.B. Fachgebietsschwerpunkt, Barrierefreiheit, Feststellungen nach § 35).

(5) Über die Beendigung von Zulassungs- und Leistungsbegrenzungen gemäß § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 und 5 SGB V ist vorrangig vor Anträgen auf (Neu-)Zulassung, und zwar in der Reihenfolge der jeweils längsten Dauer der gemeinsamen Berufsausübung oder der Anstellung zu entscheiden.

7. Abschnitt: Unterversorgung

§ 27 Maßstäbe zur Feststellung von Unterversorgung

Bei der Feststellung von Unterversorgung für einen vertragsärztlichen Planungsbereich ist von der Allgemeinen Verhältniszahl für die jeweilige Arztgruppe nach §§ 11 bis 13 als Allgemeine Verhältniszahlen unter Anwendung der Anpassungsfaktoren nach § 9 auszugehen.

§ 28 Definition der Unterversorgung

Eine Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten liegt vor, wenn in bestimmten Planungsbereichen Vertragsarztsitze, die im Bedarfsplan für eine bedarfsgerechte Versorgung vorgesehen sind, nicht nur vorübergehend nicht besetzt werden können und dadurch eine unzumutbare Erschwernis in der Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen eintritt, die auch durch Ermächtigung von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen nicht behoben werden kann.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 29 Definition der anzunehmenden Unterversorgung und in absehbarer Zeit drohenden Unterversorgung

[1]Das Vorliegen einer Unterversorgung ist anzunehmen, wenn der Stand der hausärztlichen Versorgung (§ 11) den in den Planungsblättern ausgewiesenen Bedarf um mehr als 25 v.H. und der Stand der fachärztlichen Versorgung in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung (§ 12) und in der spezialisierten fachärztlichen Versorgung (§ 13) jeweils den ausgewiesenen Bedarf um mehr als 50 v.H. unterschreitet. [2]Eine Unterversorgung droht, wenn insbesondere aufgrund der Altersstruktur der Ärzte eine Verminderung der Zahl von Vertragsärzten in einem Umfang zu erwarten ist, der zum Eintritt einer Unterversorgung nach den in Satz 1 genannten Kriterien führen würde.

§ 30 Prüfung auf Unterversorgung oder drohende Unterversorgung

[1]Liegt ein Anhalt für eine Unterversorgung oder eine drohende Unterversorgung in einem Planungsbereich vor, so ist auf Veranlassung der Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Landesverbandes der Krankenkassen oder der Ersatzkassen eine gemeinsame Prüfung der Struktur und des Standes der ärztlichen Versorgung anhand der in den Planungsblättern (Stand der Bedarfsplanung Anlage 2.2) enthaltenen Versorgungsdaten vorzunehmen. [2]Die Prüfung ist innerhalb angemessener Frist – die drei Monate nicht überschreiten darf – durchzuführen.

§ 31 Kriterien für die Prüfung auf Unterversorgung

(1) Bei der Prüfung sind folgende Kriterien zu berücksichtigen:

1. Bei allen Ärzten deren Tätigkeitsgebiet, Leistungsfähigkeit und Altersstruktur sowie die Praxisstruktur (Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft, Praxisgemeinschaft) und – soweit möglich – der Versorgungsbeitrag;
2. Bei den Versicherten ihre Zahl, ihre Altersstruktur, ihre Nachfrage nach ärztlichen Leistungen sowie der Ort der tatsächlichen Inanspruchnahme der ärztlichen Leistungen;
3. Bei Prüfungen zum Versorgungsgrad der hausärztlichen Versorgung der Umfang, in welchem außer Allgemein- / Praktischen Ärzten andere teilnahmeberechtigte Fachärzte (Internisten mit Hausarztentscheidung sowie Kinderärzte) im Sinne des § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen.

(2) Ergibt sich aufgrund der vorgenannten Kriterien in den Nummern 1 bis 3, dass trotz Unterschreitens von Allgemeinen Verhältniszahlen nach §§ 11 bis 14 für einzelne Arztgruppen oder für die hausärztliche Versorgung weitere Arztsitze nicht oder nicht in der von den Verhältniszahlen vorgegebenen Größenordnung erforderlich sind, so ist aufgrund der Prüfung vor Ort der tatsächliche Bedarf auszuweisen.

§ 32 Benachrichtigung des Landesausschusses

Ergibt die Prüfung für die Kassenärztliche Vereinigung oder für einen Landesverband der Krankenkassen oder für die Ersatzkassen, dass eine Unterversorgung oder eine drohende Unterversorgung in dem Planungsbereich anzunehmen ist, so ist der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen unter Mitteilung der für diese Feststellung maßgebenden Tatsachen und der Übersendung der zur Prüfung dieser Tatsachen erforderlichen Unterlagen zu benachrichtigen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 33 Prüfung der Versorgungslage durch den Landesausschuss

(1) Der Landesausschuss hat innerhalb angemessener Frist, die drei Monate nicht überschreiten darf, zu prüfen, ob in dem betreffenden Planungsbereich eine ärztliche Unterversorgung besteht oder unmittelbar droht.

(2) [1]Die Prüfung, ob die hierfür genannten Kriterien vorliegen, ist auf der Grundlage der mitgeteilten Tatsachen und der übersandten Unterlagen sowie der in den Planungsblättern (Stand der Bedarfsplanung Anlage 2.2) enthaltenen Planungs- und Versorgungsdaten unter Berücksichtigung des Zieles der Sicherstellung vorzunehmen. [2]Hält der Landesausschuss diese Unterlagen für nicht ausreichend, so hat er eine weitere Prüfung der tatsächlichen Verhältnisse in dem Planungsbereich vorzunehmen oder ergänzende Unterlagen und Angaben von der Kassenärztlichen Vereinigung oder einem Landesverband der Krankenkassen oder der Ersatzkassen anzufordern.

§ 34 Maßnahmen des Landesausschusses

Die aufgrund der Feststellung über eine eingetretene oder unmittelbar drohende ärztliche Unterversorgung erforderlichen weiteren Maßnahmen des Landesausschusses richten sich nach den Vorschriften des SGB V und der Ärzte-ZV.

§ 35 Voraussetzungen für die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in nicht unterversorgten Planungsbereichen durch den Landesausschuss (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3a SGB V)

(1) [1]Nach § 100 Absatz 3 SGB V trifft der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen auf Veranlassung der Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Landesverbandes der Krankenkassen oder einer Ersatzkasse nach Prüfung die Feststellung, ob in einem nicht unterversorgten Planungsbereich ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht. [2]Die nachstehenden Bestimmungen geben dazu den Landesausschüssen Beurteilungsmaßstäbe vor. [3]Bei der Prüfung sind die in einer Region bereits auf Grundlage der §§ 2 und 9 dieser Richtlinie erfolgten Anpassungen der Bedarfspläne zu berücksichtigen. [4]Soll § 35 aufgrund des wiederholten Einsatzes derselben Kriterien zur Anwendung kommen, ist dies gesondert zu begründen. [5]Diese Begründung beinhaltet auch Ausführungen zu den zur Verbesserung der Versorgung bereits erfolgten Maßnahmen.

(2) [1]Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen legt fest, für welche Bezugsregionen innerhalb eines Planungsbereiches er die Feststellung von zusätzlichem lokalem Versorgungsbedarf trifft. [2]Die Bezugsregion ist von der Größe her so zu wählen, dass gemessen an ihrer flächenmäßigen Ausdehnung und unter Berücksichtigung der vorhandenen Struktur, Verkehrsanbindung und Lage eine versorgungsrelevante Bevölkerungszahl vorhanden ist. [3]Dabei sollte die Verhältniszahl der jeweiligen Arztgruppe als Anhaltspunkt dienen. [4]Darüber hinaus kann bei der Festlegung der Bezugsregion der Versorgungsbeitrag der dort bereits tätigen Ärzte berücksichtigt werden.

(3) [1]Der Landesausschuss hat das Vorliegen des lokalen Versorgungsbedarfs zu prüfen, soweit in der nach Absatz 2 von ihm festgelegten Bezugsregion die Kriterien der Unterversorgung nach § 29 erfüllt sind. [2]Die §§ 32 und 33 gelten entsprechend.

(4) [1]Auf Veranlassung der Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Landesverbandes der Krankenkassen oder der Ersatzkassen ist eine gemeinsame Prüfung der Struktur und des Standes der ärztlichen Versorgung in der Bezugsregion auch dann vorzunehmen, wenn die Kriterien nach Absatz 3 in der Bezugsregion nicht erfüllt sind. [2]Die Prüfung ist innerhalb angemessener Frist – die drei Monate nicht überschreiten darf – durchzuführen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

(5) [1]Bei der Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfes sind insbesondere folgende Kriterien zu berücksichtigen:

1. die regionale Demografie,
2. die regionale Morbidität,
3. sozioökonomische Faktoren,
4. die Versorgungsstrukturen,
5. räumliche Faktoren,
6. infrastrukturelle Besonderheiten.

[2]Sie kann sich insbesondere auf folgende Versorgungskonstellationen beziehen:

1. Verbesserung der Versorgung in nicht gesperrten Planungsbereichen vorrangig vor gesperrten Planungsbereichen,
2. Förderung der Gründung/Erhaltung von (Zweig-) Praxen in Regionen, in denen für die Bezugsregion nach Absatz 2 Unterversorgung festgestellt wurde,
3. Förderung von Leistungen, die zum Zeitpunkt der Prüfung durch die Ärzte in oder um die Bezugsregionen nach Absatz 2 nicht oder nicht im ausreichenden Maße erbracht werden,
4. Förderung des Leistungsumfangs, der durch die vorhandenen Ärzte in der Bezugsregion nach Absatz 2 erbracht wird.

(6) Die Feststellungen nach Absatz 1 sind auf maximal 5 v.H. der Ärzte einer Arztgruppe in einer KV-Region zu beziehen.

(7) [1]Für die Prüfung des Landesausschusses gilt § 33 Absatz 2 entsprechend. [2]Sofern das Landesrecht ein Gremium nach § 90a SGB V eingerichtet hat und vorsieht, dass seine Stellungnahmen bei Entscheidungen des Landesausschusses einzuholen und zu berücksichtigen sind, gibt der Landesausschuss diesem Gremium gemäß § 90a Absatz 2 SGB V Gelegenheit zur Stellungnahme. [3]Der Landesausschuss gibt seine Feststellung bekannt und hat diese zu begründen. [4]Die Feststellung des Vorliegens eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs ist im Bedarfsplan zeitnah auszuweisen.

(8) [1]Der Landesausschuss prüft in regelmäßigen Abständen, ob die Voraussetzungen für die Entscheidungen nach Absatz 1 weiterhin vorliegen. [2]Die Feststellung nach Absatz 1 kann befristet werden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

8. Abschnitt: Sonderbedarf, Maßstäbe für zusätzliche lokale und qualifikationsbezogene Sonderbedarfsfeststellungen (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V)

§ 36 Zulassungstatbestände für lokalen und qualifikationsbezogenen Sonderbedarf

(1) [1]Unbeschadet der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen durch den Landesausschuss darf der Zulassungsausschuss dem Zulassungsantrag eines Arztes der betreffenden Arztgruppe auf Sonderbedarf nach Prüfung entsprechen, wenn die nachstehenden Voraussetzungen erfüllt sind und die ausnahmsweise Besetzung eines zusätzlichen Vertragsarztsitzes unerlässlich ist, um die vertragsärztliche Versorgung in einem Versorgungsbereich zu gewährleisten und dabei einen zusätzlichen lokalen oder einen qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf zu decken. [2]Sonderbedarf ist als zusätzlicher Versorgungsbedarf für eine lokale Versorgungssituation oder als qualifikationsbezogener Versorgungsbedarf festzustellen (§ 101 Absatz 1 Nummer 3 SGB V). [3]Die Feststellung dieses Sonderbedarfs bedeutet die ausnahmsweise Zulassung eines zusätzlichen Vertragsarztes in einem Planungsbereich trotz Zulassungsbeschränkungen.

(2) Die Zulassung aufgrund eines lokalen oder qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarfs ist an den Ort der Niederlassung gebunden.

(3) Bei der Feststellung von Sonderbedarf sind folgende Mindestbedingungen zu beachten:

1. Abgrenzung einer Region, die vom beantragten Ort der Niederlassung aus versorgt werden soll und Bewertung der Versorgungslage (Feststellung einer unzureichenden Versorgungslage).
2. Der Ort der Niederlassung muss für die beantragte Versorgung geeignet sein (Erreichbarkeit, Stabilität u.a.): Der Ort der Niederlassung muss strukturelle Mindestbedingungen erfüllen; der Einzugsbereich muss über eine ausreichende Anzahl an Patienten verfügen; dabei sind die Auswirkungen auf bestehende Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen.

(4) [1]Der Zulassungsausschuss hat bei der Ermittlung aller entscheidungsrelevanten Tatsachen eine umfassende Ermittlungspflicht. [2]Die Feststellung soll der Zulassungsausschuss auch unter Zuhilfenahme von geografischen Informationen, die die räumlichen Interaktionen zwischen Ärzten und Patienten abbilden, treffen. [3]Ein lokaler oder qualifikationsbezogener Sonderbedarf setzt voraus, dass aufgrund von durch den Zulassungsausschuss festzustellenden Besonderheiten des maßgeblichen Planungsbereichs (z.B. in Struktur, Zuschnitt, Lage, Infrastruktur, geografische Besonderheiten, Verkehrsanbindung, Verteilung der niedergelassenen Ärzte), ein zumutbarer Zugang der Versicherten zur vertragsärztlichen Versorgung nicht gewährleistet ist und aufgrund dessen Versorgungsdefizite bestehen. [4]Bei der Beurteilung ist den unterschiedlichen Anforderungen der Versorgungsebenen der §§ 11 bis 14 Rechnung zu tragen.

(5) [1]Die Sonderbedarfszulassung setzt ferner voraus, dass der Versorgungsbedarf dauerhaft erscheint. [2]Bei vorübergehendem Bedarf ist von der Möglichkeit der Ermächtigung Gebrauch zu machen.

(6) Die Zulassung wegen qualifikationsbezogenem Sonderbedarf hat mit der Maßgabe zu erfolgen, dass für den zugelassenen Vertragsarzt nur die ärztlichen Leistungen, welche im Zusammenhang mit dem Ausnahmetatbestand stehen, abrechnungsfähig sind.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

(7) [1]Nachfolgebesetzung nach § 103 Absatz 4 SGB V bedarf der erneuten Zulassung und kann nur bei Fortbestand der Sonderbedarfsfeststellungen mit Festsetzung einer erneuten Beschränkung erteilt werden. [2]Die Regelungen in § 103 Absatz 3a Satz 3 zweiter Halbsatz (Nachbesetzung durch privilegierte Personenkreise) und Satz 8 (Entschädigung) SGB V finden keine Anwendung.

(8) Die Deckung des Sonderbedarfs kann auch durch Anstellung eines weiteren Arztes in der Vertragsarztpraxis des antragstellenden Vertragsarztes unter Angabe der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit erfolgen.

(9) [1]Bei der Prüfung auf Sonderbedarf nach Absatz 3 bleibt eine mögliche stationäre Leistungserbringung in Krankenhäusern außer Betracht. [2]Die Vorgaben des § 22 und des geltenden Bedarfsplans zur Anrechnung angestellter und ermächtigter Ärzte und Einrichtungen bleiben unberührt.

§ 37 Ergänzende Vorgaben für qualifikationsbezogene Sonderbedarfstatbestände

(1) Die Anerkennung eines qualifikationsbezogenen Sonderbedarfs erfordert

a) die Prüfung und Feststellung einer bestimmten Qualifikation nach Absatz 2 und

b) die Prüfung und Feststellung eines entsprechenden besonderen Versorgungsbedarfs in einer Region durch den Zulassungsausschuss.

(2) [1]Eine besondere Qualifikation im Sinne von Absatz 1 ist anzunehmen, wie sie durch den Inhalt des Schwerpunktes, einer fakultativen Weiterbildung oder einer besonderen Fachkunde für das Facharztgebiet nach der Weiterbildungsordnung beschrieben ist. [2]Auch eine Zusatzweiterbildung oder eine Zusatzbezeichnung kann einen qualifikationsbezogenen Sonderbedarf begründen, wenn sie den vorgenannten Qualifikationen vom zeitlichen und qualitativen Umfang her gleichsteht. [3]Ein besonderer qualifikationsbezogener Versorgungsbedarf kann auch bei einer Facharztbezeichnung vorliegen, wenn die Arztgruppe gemäß §§ 11 bis 14 mehrere unterschiedliche Facharztbezeichnungen umfasst. [4]Die Berufsbezeichnung Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ist dabei einer Schwerpunktbezeichnung im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung gleichgestellt. [5]Eine Zusatzqualifikation und Abrechnungsmöglichkeit für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen wird dem gleichgestellt.

(3) Voraussetzung für eine ausnahmsweise Zulassung ist, dass die ärztlichen Tätigkeiten des qualifizierten Inhalts in dem betreffenden Planungsbereich nicht oder nicht ausreichend zur Verfügung stehen und dass der Arzt die für den besonderen Versorgungsbedarf erforderlichen Qualifikationen durch die entsprechende Facharztbezeichnung sowie die besondere Arztbezeichnung oder Qualifikation (die Subspezialisierung muss Leistungen beinhalten, die die gesamte Breite des spezialisierten Versorgungsbereichs ausfüllen) nachweist.

(4) Die Voraussetzungen für eine Ausnahme sind auch gegeben, wenn durch die Kassenärztliche Vereinigung

1. zur Sicherstellung der wohnortnahen Dialyseversorgung einem Vertragsarzt oder

2. aufgrund der Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Absatz 2 SGB V einem weiteren Arzt in der Dialysepraxis (vgl. § 7 Absatz 1 und 2 der Anlage 9.1 des Bundesmantelvertrags)

die Genehmigung zur Durchführung eines Versorgungsauftrags für die nephrologische Versorgung der von einer chronischen Niereninsuffizienz betroffenen Patienten mit Dialyseleistungen gemäß § 2 Absatz 7 der Bundesmantelverträge erteilt werden soll, der Zulassung jedoch Zulassungsbeschränkungen für die Zulassung von Fachärzten für Innere Medizin zur Teilnahme an der fachärztlich-internistischen Versorgung entgegenstehen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Die Anlage 9.1. Bundesmantelvertrag-Ärzte ist bei den Nummern 1 und 2 zu berücksichtigen. In diesem Falle wird die Zulassung mit der Maßgabe erteilt, dass sie auf den definierten Versorgungsauftrag beschränkt ist und im Falle gemeinsamer Berufsausübung auf die Dauer der gemeinsamen Berufsausübung.

§ 38 Fachgebietswechsel

Die Bestimmungen in § 36 gelten entsprechend, wenn der Zulassungsausschuss bei für eine Arztgruppe angeordneten Zulassungsbeschränkungen über den Antrag eines zugelassenen Vertragsarztes zu entscheiden hat, das Gebiet, für welches er zugelassen ist, in ein Gebiet zu ändern, für das Zulassungsbeschränkungen angeordnet worden sind.

§ 39 [unbesetzt]

9. Abschnitt: Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen

§ 40 Voraussetzungen für eine Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen

Auf Antrag hat der Zulassungsausschuss einen Arzt in einem Planungsbereich, für dessen Arztgruppe Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, zur gemeinsamen Berufsausübung mit einem bereits zugelassenen Arzt (Vertragsarzt) derselben Arztgruppe mit den Rechtswirkungen des § 101 Absatz 3 SGB V zuzulassen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

1. Der antragstellende Arzt erfüllt in seiner Person die Voraussetzungen der Zulassung (im Folgenden Antragsteller).
2. Der Vertrag über die gemeinsame Berufsausübung stellt einen Vertrag zur Bildung einer Gemeinschaftspraxis dar, der die Voraussetzungen der Genehmigungsfähigkeit gemäß § 33 Absatz 2 Satz 2 Ärzte-ZV erfüllt.
3. Der Antragsteller gehört derselben Arztgruppe wie der Vertragsarzt an, wobei im Einzelnen die Regelungen nach § 41 zu beachten sind.
4. Der Vertragsarzt und der Antragsteller erklären sich gegenüber dem Zulassungsausschuss schriftlich bereit, während des Bestandes der Gemeinschaftspraxis mit dem Antragsteller den zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehenden Praxisumfang nicht wesentlich zu überschreiten, und erkennen die dazu nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen vom Zulassungsausschuss festgelegte Leistungsbeschränkung an; soll der Antragssteller in eine bereits gebildete Gemeinschaftspraxis aufgenommen werden, so sind die Erklärungen von allen Vertragsärzten abzugeben.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 41 Fachidentität bei gemeinsamer Berufsausübung

(1) [1]Bei der gemeinsamen Berufsausübung ist eine Fachidentität im Sinne des § 101 Absatz 1 Nummer 4 SGB V erforderlich. [2]Fachidentität liegt vor, wenn die Facharztkompetenz und, sofern eine entsprechende Bezeichnung geführt wird, die Schwerpunktkompetenz übereinstimmen. [3]Einer Übereinstimmung steht nicht entgegen, wenn nur einer der Ärzte über eine Schwerpunktbezeichnung oder Schwerpunktkompetenz verfügt. [4]Sind mehrere Vertragsärzte bereits in gemeinsamer Berufsausübung (Gemeinschaftspraxis) zugelassen, genügt die Übereinstimmung des Gebietes oder der Facharztkompetenz des Antragstellers mit einem der in gemeinsamer Berufsausübung verbundenen Vertragsärzte; im Übrigen gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend. [5]Nimmt der Vertragsarzt an der hausärztlichen oder an der fachärztlichen Versorgung gemäß § 73 SGB V teil, ist die Zulassung eines Antragstellers, welcher gemäß § 73 Absatz 1 a Satz 2 SGB V wahlberechtigt ist, nur mit der Maßgabe zulässig, dass der Antragsteller sich für dieselbe Versorgungsfunktion entscheidet, welche der Vertragsarzt wahrnimmt, und beide Ärzte die Verpflichtung eingehen, Wahlentscheidungen für die hausärztliche oder fachärztliche Versorgung nur gemeinsam zu treffen. [6]Der Zulassungsausschuss hat die Verpflichtung mit der Zulassung des Antragstellers als Auflage zu verbinden.

(2) Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne von Absatz 1 Satz 1 besteht auch, solange der Vertragsarzt an der hausärztlichen Versorgung nach § 101 Absatz 5 SGB V teilnimmt und sich als Allgemein- / Praktischer Arzt oder als Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt) mit einem Internisten mit Hausarztentscheidung oder als Internist mit Hausarztentscheidung mit einem Allgemein- / Praktischen Arzt oder einem Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt) zur gemeinsamen hausärztlichen Berufsausübung zusammenschließt.

(3) Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne von Absatz 1 Satz 1 und 2 besteht auch,

1. wenn sich ein Facharzt für Anästhesiologie mit einem Facharzt für Anästhesiologie und Intensivtherapie zusammenschließt oder
2. wenn sich ein Facharzt für Chirurgie mit einem Facharzt für Allgemeine Chirurgie zusammenschließt oder
3. wenn sich ein Facharzt für Orthopädie mit einem Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie zusammenschließt oder
4. wenn sich ein Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie mit einem Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen zusammenschließt oder
5. wenn sich ein Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde (Lungenarzt) mit einem Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie oder einem Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Pneumologie oder mit Teilgebietsbezeichnung Lungen- und Bronchialheilkunde zusammenschließt oder
6. wenn sich ein Facharzt für Kinderheilkunde mit einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zusammenschließt oder
7. wenn sich ein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin mit einem Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zusammenschließt oder
8. wenn sich ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zusammenschließt oder
9. wenn sich ein Facharzt für Psychiatrie mit einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie zusammenschließt oder

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

10. wenn sich ein Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie mit einem Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie zusammenschließt.

(4) Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne von Absatz 1 Sätze 1 und 2 besteht auch, wenn sich Ärzte aus dem Gebiet der Radiologie zusammenschließen.

(5) Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne von Absatz 1 Sätze 1 und 2 besteht auch, wenn sich Ärzte aus dem Gebiet der Inneren Medizin und Allgemeinmedizin, deren Schwerpunkt Bestandteil der Gebietsbezeichnung ist, mit Internisten mit identischer Schwerpunktbezeichnung (nach altem WBO-Recht) zusammenschließen.

(6) Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne von Absatz 1 Sätze 1 und 2 besteht auch, wenn sich Ärzte aus dem Gebiet der Chirurgie, deren Gebietsbezeichnung aus einer Schwerpunktbezeichnung hervorgegangen ist, mit Chirurgen mit identischer Schwerpunktbezeichnung (nach altem WBO-Recht) zusammenschließen; dies gilt nicht für die Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie.

(7) [1]Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne von Absatz 1 Sätze 1 und 2 besteht auch, wenn sich ein Facharzt für Nervenheilkunde (Nervenarzt) mit einem Arzt zusammenschließt, der gleichzeitig die Gebietsbezeichnungen Neurologie und Psychiatrie oder gleichzeitig die Gebietsbezeichnungen Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapie führt. [2]Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne von Absatz 1 Sätze 1 und 2 kann auch bestehen, wenn sich Ärzte aus der Arztgruppe der Nervenärzte nach § 12 Absatz 2 Nummer 6 zusammenschließen, sofern besondere Versorgungsbedürfnisse entsprechend § 103 Absatz 4 Satz 5 Nummer 7 SGB V vorliegen.

(8) Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne von Absatz 1 Sätze 1 und 2 besteht auch, wenn sich ein Laborarzt mit einem Arzt aus dem Gebiet der Mikrobiologie zusammenschließt, sofern die Tätigkeit des Mikrobiologen auf die Labortätigkeit beschränkt wird.

§ 42 Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens

(1) [1]Vor der Zulassung des Antragstellers legt der Zulassungsausschuss in einer verbindlichen Feststellung zur Beschränkung des Praxisumfangs auf der Grundlage der gegenüber dem Vertragsarzt (den Vertragsärzten) in den vorausgegangenen mindestens vier Quartalen ergangenen Abrechnungsbescheiden quartalsbezogene Gesamtpunktzahlvolumina fest, welche bei der Abrechnung der ärztlichen Leistungen im Rahmen der Gemeinschaftspraxis von dem Vertragsarzt sowie dem Antragsteller nach seiner Zulassung gemeinsam als Leistungsbeschränkung maßgeblich sind (Obergrenze). [2]Diese Gesamtpunktzahlvolumina sind so festzulegen, dass die in einem entsprechenden Vorjahresquartal gegenüber dem erstzugelassenen Vertragsarzt anerkannten Punktzahlanforderungen um nicht mehr als 3 v.H. überschritten werden. [3]Das Überschreitungsvolumen von 3 v.H. wird jeweils auf den Fachgruppendurchschnitt des Vorjahresquartals bezogen. [4]Das quartalsbezogene Gesamtpunktzahlvolumen (Punktzahlvolumen zuzüglich Überschreitungsvolumen) wird nach § 45 durch die Kassenärztliche Vereinigung angepasst. [5]Bei Internisten ist zur Ermittlung des Fachgruppendurchschnittes auf die Entscheidung des bereits zugelassenen Vertragsarztes zur hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgung abzustellen. [6]Im Übrigen gilt für Anpassungen § 44. [7]Außergewöhnliche Entwicklungen im Vorjahr, wie z. B. Krankheit eines Arztes, bleiben außer Betracht; eine Saldierung von Punktzahlen innerhalb des Jahresbezugs der Gesamtpunktzahlen im Vergleich zum Vorjahresvolumen ist zulässig. [8]Der Zulassungsausschuss trifft seine Festlegungen auf der Grundlage der ihm durch die Kassenärztliche Vereinigung übermittelten Angaben.

(2) Anstelle der Gesamtpunktzahlvolumina kann die Obergrenze auch auf der Basis von Euro und Punktzahlen gebildet werden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 43 Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens in Sonderfällen

[1]Kann wegen der Kürze der bisherigen Tätigkeit des Vertragsarztes ein Vergleich über einen längeren Zeitraum nicht vorgenommen werden, so legt der Zulassungsausschuss das Punktzahlvolumen für die einzelnen Quartale nach Maßgabe des Durchschnitts der Fachgruppe des bereits zugelassenen Vertragsarztes als Obergrenze fest. [2]Hat ein Vertragsarzt wegen der Betreuung und Erziehung von Kindern im Ausgangsberechnungszeitraum im Vergleich zur Fachgruppe geringere Punktzahlvolumina erreicht, gilt Satz 1 entsprechend. [3]Soll der Antragsteller in eine bereits bestehende Gemeinschaftspraxis aufgenommen werden, so hat der Zulassungsausschuss die Berechnungen nach § 42 entsprechend der Zahl der bereits tätigen Vertragsärzte in der Gemeinschaftspraxis zu mindern; handelt es sich um eine fachverschiedene Gemeinschaftspraxis oder ein fachverschiedenes Medizinisches Versorgungszentrum, so ist für die Leistungsbeschränkung Bezugsgröße das Leistungsvolumen des fachidentischen Vertragsarztes.

§ 44 Berücksichtigung von Veränderungen in der Berechnungsgrundlage

[1]Sowohl für die Berechnung des Ausgangspunktzahlvolumens als auch des Vergleichspunktzahlvolumens nach § 42 ist das im Zeitpunkt der Abrechnung jeweils geltende Berechnungssystem für die vertragsärztlichen Leistungen maßgeblich. [2]Auf Antrag des Vertragsarztes sind die Gesamtpunktzahlvolumina neu zu bestimmen, wenn Änderungen des EBM oder vertragliche Vereinbarungen, die für das Gebiet der Arztgruppe maßgeblich sind, spürbare Auswirkungen auf die Berechnungsgrundlagen haben. [3]Die Kassenärztlichen Vereinigungen oder die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können eine Neuberechnung beantragen, wenn Änderungen der Berechnung der für die Obergrenzen maßgeblichen Faktoren eine spürbare Veränderung bewirken und die Beibehaltung der durch den Zulassungsausschuss festgestellten Gesamtpunktzahlvolumina im Verhältnis zu den Ärzten der Fachgruppe eine nicht gerechtfertigte Bevorzugung / Benachteiligung darstellen würde.

§ 45 Berechnung der Anpassungsfaktoren

[1]Die Gesamtpunktzahlvolumina zur Beschränkung des Praxisumfangs folgen der Entwicklung des Fachgruppendurchschnitts durch Festlegung eines quartalsbezogenen Prozentwertes (Anpassungsfaktor). [2]Die Anpassungsfaktoren werden im ersten Leistungsjahr von der Kassenärztlichen Vereinigung errechnet. [3]Die dafür maßgebliche Rechenformel lautet:

$$\frac{PzVol}{PzFg} = Fakt$$

[4]Sie stellen die Grundlage zur Ermittlung der Gesamtpunktzahlvolumina für die Folgejahre dar. [5]Der jeweilige Anpassungsfaktor wird ab dem zweiten Leistungsjahr mit dem Punktzahlvolumendurchschnitt der Fachgruppe multipliziert und ergibt die quartalsbezogene Obergrenze für die Praxis (die Saldierungsregelung nach § 42 Absatz 1 Satz 7 bleibt hiervon unberührt). [6]Die Kassenärztliche Vereinigung teilt dem Vertragsarzt die für ihn verbindlichen Anpassungsfaktoren mit.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 46 Berücksichtigung des zugelassenen Praxispartners bei der Bedarfsplanung

Der neu hinzutretende Partner der Gemeinschaftspraxis wird für die Dauer der Regelung nach den §§ 40 und 41 nicht auf den Versorgungsgrad angerechnet.

§ 47 Psychotherapeuten und Jobsharing

Die Bestimmungen der §§ 40 bis 46 gelten entsprechend für Anträge von Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur gemeinsamen Berufsausübung mit folgenden Maßgaben:

1. Gemeinsame Berufsausübung im Sinne des § 40 ist nur unter zugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten einerseits oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten andererseits oder unter Ange-hörigen der beiden Berufsgruppen gemeinsam zulässig.
2. Arztgruppe im Sinne des § 41 ist bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der Status als Psychotherapeut unabhängig von der Abrechnungsgenehmigung für die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach den maßgeblichen Psychotherapie-Richtlinien anerkannten Therapieverfahren.

10. Abschnitt: Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur

§ 48 Voraussetzungen für eine gleichmäßige und bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung

[1]Ausgangspunkt für die Bestimmung einer ausgewogenen Versorgungsstruktur (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V) in einer KV-Region ist der gesetzlich definierte Versorgungsauftrag der vertragsärztlichen hausärztlichen Versorgung (§ 73 Absatz 1 Satz 2 SGB V: allgemeine und fortgesetzte Betreuung von Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis des häuslichen und familiären Umfelds, Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, Dokumentation, Bewertung und Aufbewahrung wesentlicher Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung, Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen). [2]Eine ausgewogene Versorgungsstruktur ist insbesondere dann anzunehmen, wenn die Anzahl der Ärzte, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Absatz 1a SGB V teilnehmen, wesentlich überwiegt. [3]Besonderen Versorgungslagen, wie sie sich durch Mitversorgungseffekte ergeben können, ist Rechnung zu tragen.

§ 49 Maßnahmen zur Wiederherstellung einer ausgewogenen hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsstruktur

Weicht die Versorgungsstruktur wesentlich von den in § 48 beschriebenen Versorgungszielen ab, sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages bei der Niederlassungsberatung oder bei der Durchführung von Sicherstellungsmaßnahmen gemäß § 105 Absatz 1a SGB V auf die Herstellung eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung hinwirken.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 50 [unbesetzt]

11. Abschnitt: Grundlagen, Maßstäbe und Verfahren für die Berücksichtigung der in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Absatz 1 Satz 2 SGB V tätigen Ärzte oder in Versorgungseinrichtungen nach § 311 Absatz 2 SGB V beschäftigten Ärzte bei der Bedarfsplanung sowie Planungsentscheidungen bei Überversorgung und Unterversorgung und im Genehmigungsverfahren der Zulassungsausschüsse

§ 51 Bestimmung der Anrechnungsfaktoren

(1) [1]Für die Feststellung des Versorgungsgrades sind genehmigte angestellte Ärzte in medizinischen Versorgungszentren mit dem Faktor 1 zu berücksichtigen, soweit sie vollbeschäftigt sind. [2]Die Berücksichtigung erfolgt nur für die Arztgruppen nach §§ 11 bis 14. [3]Teilzeitbeschäftigte Ärzte sind bei der Feststellung des lokalen Versorgungsgrades der ambulanten Versorgung nach Maßgabe des konkreten Beschäftigungsumfangs in der ambulanten Versorgung zu berücksichtigen. [4]Dabei gelten folgende Anrechnungsfaktoren:

Vertraglich vereinbarte Arbeitszeit	Anrechnungsfaktor
bis zu 10 Stunden pro Woche	0,25
über 10 bis 20 Stunden pro Woche	0,5
über 20 bis 30 Stunden pro Woche	0,75
über 30 Stunden pro Woche	1,0

(2) Werden Arbeitsstunden pro Monat vereinbart, ist der Umrechnungsfaktor 0,23 zur Errechnung der Wochenarbeitszeit anzuwenden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 52 Anwendbarkeit der Vorschriften zum Jobsharing

[1]Für die Anstellung von Ärzten in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Absatz 1 Satz 2 SGB V gelten bei angeordneten Zulassungsbeschränkungen die §§ 40 bis 46 entsprechend; für die Anstellung von Psychotherapeuten in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Absatz 1 Satz 2 SGB V gelten bei angeordneten Zulassungsbeschränkungen die §§ 40 bis 46 mit den Maßgaben des § 47 entsprechend. [2]Die Zulassungsbeschränkungen gelten nicht für den Fall einer Nachbesetzung im Sinne des § 103 Absatz 4 a Satz 3 SGB V, wobei die Nachbesetzung nur im zeitlichen Umfang der Beschäftigung des ausgeschiedenen Arztes oder des ausgeschiedenen Psychotherapeuten möglich ist.

§ 53 Anwendbarkeit der Vorschriften zur Sonderbedarfsfeststellung

(1) Für die Aufnahme von Ärzten in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Absatz 1 Satz 2 SGB V gelten bei angeordneten Zulassungsbeschränkungen die §§ 36 und 37 mit folgenden Maßgaben entsprechend:

1. Erfolgt die Deckung des Sonderbedarfs durch Zulassung eines weiteren Vertragsarztes, ist die Zulassung an die Person des Arztes und an den Vertragsarztsitz (die Betriebsstätte) des medizinischen Versorgungszentrums gebunden.
2. [1]Erfolgt die Deckung des Sonderbedarfs durch Anstellung eines weiteren Arztes, ist eine Übertragung der Tätigkeit auf andere Ärzte des medizinischen Versorgungszentrums unzulässig. [2]Eine Nachbesetzung gemäß § 103 Absatz 4 a Satz 3 SGB V nach § 37 bedarf der erneuten Genehmigung und kann nur bei Fortbestand der Sonderbedarfsfeststellung mit Festsetzung einer erneuten Beschränkung erteilt werden.

(2) Bei einem Fachgebietswechsel des aufgrund von Sonderbedarf zugelassenen oder angestellten Arztes findet § 38 Anwendung.

§ 54 Berücksichtigung der gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragsarzt und als angestellter Arzt in einem medizinischen Versorgungszentrum bei der Bedarfsplanung

In den zulässigen Fällen der gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragsarzt und als angestellter Arzt in einem medizinischen Versorgungszentrum oder mehreren medizinischen Versorgungszentren gilt § 62 entsprechend.

§ 55 Berücksichtigung von Arbeitszeitänderungen

[1]Kommt es bei einem in einem medizinischen Versorgungszentrum angestellten Arzt durch eine Änderung der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit zu einer Erhöhung des Anrechnungsfaktors nach § 51, so ist zuvor die Genehmigung durch den Zulassungsausschuss erforderlich. [2]Kommt es zu einer Verringerung des Anrechnungsfaktors, so ist dies dem Zulassungsausschuss anzuzeigen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 56 Voraussetzungen der bedarfsunabhängigen Zulassung

[1]Beantragt ein Arzt nach Maßgabe des § 103 Absatz 4a Satz 2 SGB V nach Beendigung seiner Anstellung in einem Medizinischen Versorgungszentrum in demselben Planungsbereich die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung, so ist die Zulassung unbeschadet bestehender Zulassungsbeschränkungen für die Arztgruppe in demselben Planungsbereich bei Vorliegen der Zulassungsvoraussetzungen zu erteilen, wenn der angestellte Arzt im zurückliegenden Zeitraum von fünf Jahren mindestens mit dem Faktor 0,75 auf den Versorgungsgrad angerechnet worden ist. [2]Beträgt der Faktor 0,5, kann eine hälftige Zulassung erteilt werden. [3]Dies gilt nicht für Ärzte oder Psychotherapeuten, die aufgrund einer Nachbesetzung nach § 103 Absatz 4a Satz 3 SGB Vin einem Medizinischen Versorgungszentrum tätig waren.

§ 57 Einrichtungen nach § 311 Absatz 2 SGB V

(1) Die Bestimmungen dieses Abschnitts gelten für Einrichtungen nach § 311 Absatz 2 SGB V entsprechend.

(2) Eine Anstellung wegen Nachbesetzung in einer Einrichtung nach § 311 Absatz 2 SGB V, die bis zum 31. Dezember 2003 erfolgt ist, gilt nicht als Nachbesetzung im Sinne des § 103 Absatz 4a Satz 3 SGB V.

12. Abschnitt: Beschäftigung von angestellten Ärzten

§ 58 Anstellungsvoraussetzungen

(1) Der Vertragsarzt kann in seiner Praxis mit Genehmigung des Zulassungsausschusses Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, gemäß § 95 Absatz 9 SGB V anstellen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

1. Antrag des Vertragsarztes an den Zulassungsausschuss nach Maßgabe der Voraussetzungen des § 32 b Ärzte-ZV;
2. Im Falle des Bestehens von Zulassungsbeschränkungen Fachidentität des anstellenden Vertragsarztes und des anzustellenden Arztes gemäß § 41 sowie eine Verpflichtungserklärung des anstellenden Vertragsarztes gemäß Absatz 5;
3. Vorlage des schriftlichen Arbeitsvertrages unter Angabe der Arbeitszeiten und des Anstellungsortes.

(2) [1]Für die Feststellung des Versorgungsgrades sind genehmigte angestellte Ärzte mit dem Faktor 1 zu berücksichtigen, soweit sie vollbeschäftigt sind. [2]Die Berücksichtigung erfolgt nur für die Arztgruppen nach § 11 bis 14. [3]Teilzeitbeschäftigte Ärzte sind bei der Feststellung des lokalen Versorgungsgrades der ambulanten Versorgung nach Maßgabe des konkreten Beschäftigungsumfanges in der ambulanten Versorgung zu berücksichtigen. [4]Dabei gelten folgende Anrechnungsfaktoren:

Vertraglich vereinbarte Arbeitszeit	Anrechnungsfaktor
bis zu 10 Stunden pro Woche	0,25
über 10 bis 20 Stunden pro Woche	0,5
über 20 bis 30 Stunden pro Woche	0,75
über 30 Stunden pro Woche	1,0

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

(3) Werden Arbeitsstunden pro Monat vereinbart, ist der Umrechnungsfaktor 0,23 zur Errechnung der Wochenarbeitszeit anzuwenden.

(4) [1]Wird der angestellte Arzt in der Zweigpraxis des Vertragsarztes im Sinne des § 24 Absatz 3 Ärzte-ZV in einem anderen Planungsbereich tätig, sind die Arbeitszeiten an diesem Ort nach Maßgabe der Anrechnungsfaktoren gemäß Absatz 2 anteilig im Hinblick auf die Tätigkeit in der Betriebsstätte zu berücksichtigen. [2]Wird der angestellte Arzt in der Zweigpraxis des nach § 24 Absatz 3 Satz 3 Ärzte-ZV ermächtigten Arztes ausschließlich tätig, sind die Arbeitszeiten in dem Planungsbereich, in dem die Zweigpraxis liegt, nach Maßgabe der Anrechnungsfaktoren gemäß Absatz 2 zu berücksichtigen. [3]Beantragt eine Berufsausübungsgemeinschaft eine Genehmigung zur Tätigkeit eines angestellten Arztes an mehreren Vertragsarztsitzen, gilt Satz 1 entsprechend.

(5) [1]Sind Zulassungsbeschränkungen angeordnet, ist Voraussetzung für die Beschäftigung eine Verpflichtungserklärung des anstellenden Vertragsarztes, durch die er eine Leistungsbeschränkung, welche der Zulassungsausschuss bei der Genehmigung im Verfahren nach § 60 festzusetzen hat, anerkennt. [2]Die Regelungen in den Absätzen 2 und 3 finden in diesem Fall keine Anwendung. [3]In Regionen, in denen ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf nach § 35 festgestellt wurde, kann der Zulassungsausschuss befristet Ausnahmen von der Leistungsbeschränkung nach Satz 1 auf Antrag beschließen, soweit und solange dies zur Deckung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist.

(6) Ändert sich die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit bei einem in einer Vertragsarztpraxis nach § 95 Absatz 9 SGB V angestellten Arzt, so gilt § 55 entsprechend.

(7) Die Regelungen in den Absätzen 1 bis 6 gelten für die Anstellung von Psychotherapeuten bei Vertragsärzten entsprechend.

§ 59 Fachidentität bei Anstellung

[1]Fachidentität im Sinne des § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V liegt vor, wenn der anzustellende Arzt mit dem anstellenden Arzt in der Facharztkompetenz und, sofern eine entsprechende Bezeichnung geführt wird, in der Schwerpunktkompetenz übereinstimmt; die Regelungen nach § 41 Absatz 2 bis 7 gelten entsprechend. [2]Dabei genügt eine übereinstimmende Facharztkompetenz, wenn der Vertragsarzt mehrere Bezeichnungen führt. [3]Soll ein angestellter Arzt durch Vertragsärzte beschäftigt werden, die sich gemäß § 33 Ärzte-ZV zur gemeinsamen Berufsausübung zusammengeschlossen haben, genügt die Übereinstimmung mit der Facharztkompetenz eines der Vertragsärzte. [4]Auf das Führen einer Schwerpunktbezeichnung hat der anzustellende Arzt für die Dauer der Anstellung zu verzichten, es sei denn, dass die Schwerpunktbezeichnungen übereinstimmen.

§ 60 Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens

(1) [1]Der Zulassungsausschuss legt die Leistungsbeschränkung für die Arztpraxis fest. [2]Für die Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens gelten die Regelungen nach den §§ 42 bis 45 entsprechend mit der Maßgabe, dass der Umfang der Leistungsbeschränkung unabhängig vom Beschäftigungsumfang des (der) angestellten Arztes (Ärzte) zu bestimmen ist.

(2) [1]Eine vom Zulassungsausschuss festgestellte Leistungsbeschränkung bleibt wirksam, wenn der Arzt nach Ablauf der Beschäftigung eines angestellten Arztes erneut einen Arzt anstellt. [2]Ist für den Vertragsarzt aufgrund von § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V nach Aufnahme eines weiteren Vertragsarztes im Rahmen einer ausnahmsweisen Gemeinschaftsbildung bereits eine Leistungsbeschränkung durch den Zulassungsausschuss festgelegt worden, so darf diese im Falle der Anstellung von Ärzten – auch hinsichtlich entsprechender Anteile bei Anstellung eines Arztes – nicht erweitert werden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 61 Anstellung von Psychotherapeuten

Die Bestimmungen der §§ 58 bis 59 gelten entsprechend für Anträge von zugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur Anstellung von Psychotherapeuten, die in das Arztregister eingetragen sind, gemäß § 95 Absatz 9 SGB V mit folgender Maßgabe:

1. In Planungsbereichen, in denen keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, ist auch eine gegenseitige Anstellung zwischen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zulässig. Sind Zulassungsbeschränkungen angeordnet, gilt folgende Regelung: Ein Beschäftigungsverhältnis im Sinne des § 58 ist sowohl unter Psychologischen Psychotherapeuten einerseits oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten andererseits als auch als gegenseitiges Beschäftigungsverhältnis zulässig, bei Beschäftigung eines Psychologischen Psychotherapeuten durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten jedoch nur mit der Maßgabe der Beschränkung des angestellten Psychologischen Psychotherapeuten auf die Versorgung von Kinder- und Jugendlichen.
2. Fachidentität im Sinne der §§ 58 und 59 ist bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der jeweilige Status als approbierter Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Nummer 1 bleibt unberührt.

§ 62 Berücksichtigung der gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragsarzt und als angestellter Arzt in einer Vertragsarztpraxis bei der Bedarfsplanung

In zulässigen Fällen der gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragsarzt und als angestellter Arzt oder der Anstellung bei unterschiedlichen Arbeitgebern ist die Tätigkeit entsprechend der Anrechnungsfaktoren gemäß § 21 Absatz 2 und 3 vom Zulassungsausschuss zu erfassen oder diesem anhand der vertraglich vereinbarten Arbeitszeiten mitzuteilen, damit eine entsprechende Erfassung in der Bedarfsplanung erfolgen kann.

13. Abschnitt: Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen

Unterabschnitt 1: Inkrafttreten

§ 63 Inkrafttreten, Außerkrafttreten und Anwendungsfrist

(1) [1]Diese Richtlinie (Richtlinie 2012) tritt am 1. Januar 2013 mit den folgenden Maßgaben in Kraft. [2]Zugleich tritt die Bedarfsplanungs-Richtlinie vom 15. Februar 2007 (Richtlinie 2007) außer Kraft.

(2) Der Landesausschuss trifft erstmals mit Wirkung zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Richtlinie und bis spätestens zum 30. Juni 2013 gleichzeitig Beschlüsse nach § 103 Absatz 1 Satz 1 sowie Satz 2 SGB V auf Basis des nach der Richtlinie 2012 beschlossenen Bedarfsplans, der dem Landesausschuss gemäß § 4 rechtzeitig zur Verfügung gestellt wurde.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

(3) [1]Besteht keine Überversorgung, ist die Feststellung, dass keine Überversorgung besteht, mit der Auflage zu versehen, dass Zulassungen nur in einem solchen Umfang erfolgen dürfen, bis Überversorgung eingetreten ist. [2]Wird der Überversorgungsgrad bereits mit einer hälftigen Zulassung überschritten, kommt nur eine Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag in Betracht. [3]§ 26 Absatz 2 bis 5 ist entsprechend anzuwenden.

(4) [1]Für die Arztgruppen nach § 14 und § 13 Absatz 1 Nummer 3 sollen die Beschlüsse nach Absatz 2 und 3 spätestens bis zum 15. Februar 2013 getroffen werden. [2]Über nach dem 6. September 2012 gestellte Zulassungsanträge dieser Arztgruppen kann erst entschieden werden, wenn der Landesausschuss die Entscheidungen nach Absatz 2 und 3 getroffen hat. [3]Anträge nach Satz 2 sind wegen Zulassungsbeschränkungen auch dann abzulehnen, wenn diese noch nicht bei der Antragsstellung angeordnet waren.

(5) [1]Für entsprechend der Ärzte-ZV ordnungsgemäß und vollständig gestellte Zulassungsanträge der Arztgruppen nach §§ 11, 12 und 13 Absatz 1 Nummer 1, 2 und 4, die vor den Beschlüssen des Landesausschusses nach den Absätzen 2 und 3 gestellt worden sind, gilt die Richtlinie 2007 weiter. [2]Dies gilt insbesondere auch für den Zeitraum einer Beanstandung nach § 90 Absatz 6 SGB V.

(6) Die Absätze 1 bis 5 gelten auch für Anträge auf die Genehmigung von Anstellungen in Medizinischen Versorgungszentren oder bei Vertragsärzten.

(7) [1]Werden Planungsbereiche abweichend von den Grundmustern der §§ 11 bis 13 von den zuständigen Gremien bestimmt, sollen sie mit Wirkung zum 1. Juli 2013 so rechtzeitig bekannt gegeben werden, dass Zulassungsbewerber entsprechende Vorbereitungen für eine Zulassung treffen können. [2]Gibt es mehrere Zulassungsbewerber, findet das Verfahren nach § 26 Anwendung.

(8) Der Demografiefaktor in der Fassung der Richtlinie 2012 kann ab 1. Januar 2013 bis zum 30. Juni 2013 auch auf Maßnahmen und Entscheidungen angewendet werden, für die nach der Richtlinie 2007 die Anwendung vorgeschrieben ist.

§ 64 [unbesetzt]

Unterabschnitt 2: Übergangsregelungen

§ 65 Planungsbereiche

(1) [1]Soweit nach Inkrafttreten dieser Richtlinie Planungsbereiche neu festgelegt werden und von den bisherigen Planungsbereichen nach der Richtlinie 2007 abweichen, kann der Landesausschuss in einem Zeitraum von 3 Jahren ab 1. Juli 2013 innerhalb der Planungsbereiche nach der Richtlinie 2012 Planungsbereiche nach der Richtlinie 2007 feststellen, die nach der Richtlinie 2007 überversorgt waren und für diese so lange Überversorgung feststellen, bis Planungsbereiche nach der Richtlinie 2007, die nach der Neubestimmung des Planungsbereichs bis zu einem Versorgungsgrad unter 100 v.H. versorgt sind, einen Versorgungsgrad von 100 v.H. in der Arztgruppe erreicht haben. [2]Die Feststellung der Überversorgung endet spätestens mit dem Auslaufen der Übergangszeit.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

(2) [1]Das Ruhrgebiet wird als Region gesondert beplant. [2]Diese Region umfasst die in Absatz 4 aufgeführten kreisfreien Städte und Landkreise. [3]Für diese Region gelten die in Absatz 5 genannten Verhältniszahlen. [4]Innerhalb eines Zeitraums von 5 Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie wird die Versorgungssituation der Region Ruhrgebiet erhoben und die Regelung zum Ruhrgebiet erneut im G-BA überprüft und erforderlichenfalls angepasst. [5]Hat der G-BA bis spätestens zum Ablauf dieses Zeitraumes von 5 Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie keine Anpassung oder unveränderte Fortgeltung der Regelungen für das Ruhrgebiet beschlossen, so treten die Sonderregelungen außer Kraft.

(3) Die zur Region Ruhrgebiet zuzuordnenden kreisfreien Städte und Landkreise sind: Bochum, Stadt; Bottrop, Stadt; Dortmund, Stadt; Duisburg, Stadt; Ennepe-Ruhr-Kreis; Essen, Stadt; Gelsenkirchen, Stadt; Hagen, Stadt; Hamm, Stadt; Herne, Stadt; Mülheim an der Ruhr, Stadt; Oberhausen, Stadt; Recklinghausen; Unna; Wesel.

(4) Für die Region Ruhrgebiet gelten die Verhältniszahlen:

Arztgruppe	Verhältniszahl
Hausärzte	2.134
Augenärzte	20.440
Chirurgen	34.591
Frauenärzte	5.555
HNO-Ärzte	25.334
Hautärzte	35.736
Kinderärzte	3.527
Nervenärzte	31.373
Orthopäden	22.578
Psychotherapeuten	8.743
Urologen	37.215
Anästhesisten	58.218
Fachärztlich tätige Internisten	24.396
Radiologen	51.392

Analog zum § 12 Absatz 3 bezieht sich die Verhältniszahl bei den Kinderärzten und Frauenärzten auf die „bis unter 18-Jährigen“ bzw. auf die weibliche Bevölkerung. Für bislang unbeplante Arztgruppen gelten die Verhältniszahlen nach den §§ 13 und 14.

(5) Erstreckt sich eine Raumordnungsregion, die Kreise und kreisfreie Städte des Ruhrgebiets umfasst, über die Ruhrgebietsgrenze hinaus, gelten auch dort in der Übergangszeit gemäß Absatz 3 die für das Ruhrgebiet maßgeblichen Verhältniszahlen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 66 Verhältniszahlen, Versorgungsgrad

(1) [1]Bewirken die Berechnungen der Verhältniszahlen für die vorgenannten Versorgungsebenen und den jeweiligen planungsbereichsbezogenen Versorgungsgrad im Planungsbereich und für die maßgebliche Arztgruppe eine Zunahme von Versorgungssitzen oder Anstellungsmöglichkeiten, kann der Zuwachs über einen Zeitraum von 3 Jahren durch eine schrittweise Anpassung der Verhältniszahlen ab der Anwendung der Bedarfsplanungs-Richtlinie 2012 angeglichen werden. [2]Die Angleichung erfolgt auf Grundlage von § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V in Verbindung mit § 2 mit Ausnahme der Arztgruppen der Hausärzte, der Kinderärzte und der Psychotherapeuten und ist im Bedarfsplan auszuweisen. [3]Die angepassten Verhältniszahlen sind durch den Bedarfsplan auszuweisen.

(2) Die Regelung des Absatzes 1 schließt weitere zulässige und begründete Anpassungen nach § 2 nicht aus.

(3) [1]Die angepassten Verhältniszahlen gelten als Verhältniszahlen für Entscheidungen des Landesausschusses über Unter- und Überversorgung sowie hinsichtlich der notwendigen Feststellungen zum Sonderbedarf. [2]Bei der Berechnung der anzupassenden Verhältniszahlen werden die sich aus der Anwendung des Demografiefaktors nach § 9 ergebenden Veränderungen nicht berücksichtigt. [3]Notwendige Berechnungen aufgrund des § 9 und entsprechende Veränderungen der Verhältniszahlen bleiben unberührt.

§ 67 Versorgungssteuerung in besonderen Fällen

Auf gemeinsamen Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen kann der Landesausschuss für die Arztgruppen der hausärztlichen und der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zur Verbesserung der Versorgung für das Gebiet eines Zulassungsbezirkes oder des KV-Bezirks ab erstmaliger Anwendung dieser Richtlinie gemäß § 63 Absatz 3 innerhalb eines Zeitraums von 3 Jahren folgende Regelung umsetzen:

Nach Feststellung der Verhältniszahlen unter Anwendung des Demografiefaktors werden in der jeweiligen Arztgruppe die Versorgungsgrade aller Planungsbereiche im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verglichen. Planungsbereiche, in denen der Versorgungsgrad relativ am niedrigsten ist, ohne dass Unterversorgung vorliegt, sind auszuweisen. Verbleiben danach mindestens ein Fünftel aller Planungsbereiche in der Versorgungsgradstufe unter 100 v.H. für die Arztgruppe, mindestens jedoch zwei Planungsbereiche, können einzelne oder die übrigen Planungsbereiche mit einem Versorgungsgrad zwischen 100 v.H. und 110 v.H. für Neuzulassungen oder Genehmigungen von Anstellungen gesperrt werden. Diese Planungsbereiche gelten i.S.v. § 104 SGB V als überversorgt. Insgesamt dürfen jedoch nicht mehr als 70 v.H. aller Planungsbereiche im Zulassungsbezirk oder KV-Bezirk entsprechend der Entscheidung nach Satz 1 gesperrt werden. Die Feststellung der Überversorgungen endet spätestens mit dem Auslaufen der Übergangszeit.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Stand: 15.02.2007

Anlage 1

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte nach ihrem Teilnahmestatus

Tabelle 1.0
Bundesgebiet/KV/
Planungsbereich
Stand:

Lf. Nr.	Arztgruppe	Teilnehmende Ärzte			Vertragsärzte			Partner-Ärzte [1]		Angestellte Ärzte		Ermächtigte Ärzte	
		Insgesamt Sp.4+7+9+11 Anzahl	Verändg. zumVorj. in Prozent	Darunter: weiblich Anzahl	Ins-gesamt Anzahl	Verändg. zumVorj. in Prozent	Darunter: weiblich Anzahl	Ins-gesamt Anzahl	Darunter: weiblich Anzahl	Ins-gesamt Anzahl	Darunter: weiblich Anzahl	Ins-gesamt Anzahl	Darunter: weiblich Anzahl
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Allgemeinärzte												
2	Praktische Ärzte / Ärzte												
3	Anästhesisten												
4	Augenärzte												
5	Chirurgen												
6	Frauenärzte												
7	HNO-Ärzte												
8	Hautärzte												
9	Internisten												
10	Kinderärzte												
11	Kinder- und Jugendpsychiater	99 999	99,9	9 999	99 999	99,9	9 999	9 999	9 999	9 999	9 999	9 999	9 999
12	Laborärzte												
13	Lungenärzte												
14	Mund-Kiefer-Gesichtschirurg.												
15	Nervenärzte/Neurol./Psychiat.												
16	Neurochirurgen												
17	Orthopädie												
18	Pathologen												
19	Ärztliche Psychotherapeuten												
20	Radiologen/Diagn. Radiolog.												
21	Nuklearmediziner												
22	Urologen												
23	Übrige Arztgruppen [2]												
24	Summe Arztgruppen												
25	Darunter: Hausärzte												
26	Fachä.tät.Internist.												

1) nach § 101 Absatz 1 Nr. 4 Sozialgesetzbuch V
2) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin, Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen, Biochemiker, Humangenetiker, Klinischer Pharmakologen, Pharmakologen, Physiotherapeuten, Rechtsmediziner, Sportmediziner, Transfusionsmediziner

MUSTER

Stand: 15.02.2007

Anlage 1

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte mit Berechtigung zum Führen einer Schwerpunktsbezeichnung

Tabelle 1.1
Bundesgebiet/KV/
Planungsbereich
Stand:

Lf. Nr.	Arztgruppe	Teilnehmende Ärzte			Vertragsärzte			Partner-Ärzte [1]		Angestellte Ärzte		Ermächtigte Ärzte	
		Insgesamt Sp.4+7+9+11 Anzahl	Verändg. zumVorj. in Prozent	Darunter: weiblich Anzahl	Ins-gesamt Anzahl	Verändg. zumVorj. in Prozent	Darunter: weiblich Anzahl	Ins-gesamt Anzahl	Darunter: weiblich Anzahl	Ins-gesamt Anzahl	Darunter: weiblich Anzahl	Ins-gesamt Anzahl	Darunter: weiblich Anzahl
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Chirurgie												
2	...												
3	...												
4	...												
5	HNO-Heilkunde												
6	...												
7	...												
8	...												
9	Innere Medizin												
10	...												
11	...												
12	...												
13	Kinderheilkunde	99 999	99,9	9 999	99 999	99,9	9 999	9 999	9 999	9 999	9 999	9 999	9 999
14	...												
15	...												
16	...												
17	Orthopädie												
18	...												
19	...												
20	...												
21	Pathologie												
22	...												
23	...												
24	Radiologie												
25	...												
26	...												

1) nach § 101 Absatz 1 Nr. 4 Sozialgesetzbuch V

MUSTER

Stand: 15.02.2007

Anlage 1

In der vertragsärztlichen Praxis tätige ausländische Ärzte

Tabelle 2
Bundesgebiet/KV/
Planungsbereich
Stand:

Lf. Nr.	Arztgruppe	EU-Staaten									Übrige euro-päische Staaten	Außer-euro-päische Staaten	Summe ausländ-dische Ärzte
		Benelux-Staaten	Däne-mark	Frank-reich	Griechen-land	Groß-britan-nien	Italien	Spanien	Übrige EU-Staaten	Summe EU-Staaten			
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Allgemeinärzte												
2	Praktische Ärzte / Ärzte												
3	Anästhesisten												
4	Augenärzte												
5	Chirurgen												
6	Frauenärzte												
7	HNO-Ärzte												
8	Hautärzte												
9	Internisten												
10	Kinderärzte												
11	Kinder- und Jugendpsychiater	999	999	999	999	999	999	999	999	999	999	999	999
12	Laborärzte												
13	Lungenärzte												
14	Mund-Kiefer-Gesichtschirurg.												
15	Nervenärzte/Neurol./Psychiat.												
16	Neurochirurgen												
17	Orthopädie												
18	Pathologen												
19	Ärztliche Psychotherapeuten												
20	Radiologen/Diagn. Radiolog.												
21	Nuklearmediziner												
22	Urologen												
23	Übrige Arztgruppen [2)]												
24	Summe Arztgruppen												
25	Darunter: Hausärzte												
26	Fachä.tät.Internist.												

1) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin, Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen, Biochemiker, Humangenetiker, Klinischer Pharmakologen, Pharmakologen, Physiotherapeuten, Rechtsmediziner, Sportmediziner, Transfusionsmediziner

MUSTER

Stand: 15.02.2007

Anlage 1

Altersstruktur der Vertragsärzte

Tabelle 3
Bundesgebiet/KV/
Planungsbereich
Stand:

Lf. Nr.	Arztgruppe	Bis 34		35 - 39		40 - 49		50 - 59		60 - 69		über 65	
		Ärzte Anzahl	Anteil an d. Arztgr. in Prozent	Ärzte Anzahl	Anteil an d. Arztgr. in Prozent	Ärzte Anzahl	Anteil an d. Arztgr. in Prozent	Ärzte Anzahl	Anteil an d. Arztgr. in Prozent	Ärzte Anzahl	Anteil an d. Arztgr. in Prozent	Ärzte Anzahl	Anteil an d. Arztgr. in Prozent
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Allgemeinärzte												
2	Praktische Ärzte / Ärzte												
3	Anästhesisten												
4	Augenärzte												
5	Chirurgen												
6	Frauenärzte												
7	HNO-Ärzte												
8	Hautärzte												
9	Internisten												
10	Kinderärzte												
11	Kinder- und Jugendpsychiater	99 999	99,9	9 999	99,9	9 999	99,9	9 999	99,9	9 999	99,9	9 999	99,9
12	Laborärzte												
13	Lungenärzte												
14	Mund-Kiefer-Gesichtschirurg.												
15	Nervenärzte/Neurol./Psychiat.												
16	Neurochirurgen												
17	Orthopädie												
18	Pathologen												
19	Ärztliche Psychotherapeuten												
20	Radiologen/Diagn. Radiolog.												
21	Nuklearmediziner												
22	Urologen												
23	Übrige Arztgruppen [1]												
24	Summe Arztgruppen												
25	Darunter: Hausärzte												
26	Fachä.tät.Internist.												

1) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin, Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen, Biochemiker, Humangenetiker, Klinischer Pharmakologen, Pharmakologen, Physiotherapeuten, Rechtsmediziner, Sportmediziner, Transfusionsmediziner

MUSTER

Stand: 15.02.2007

Anlage 1

Vertragsärzte in der haus- sowie fachärztlichen Versorgung

Tabelle 4
Bundesgebiet/KV/
Planungsbereich
Stand:

Lf. Nr.	Kassenärztliche Vereinigung	Hausärztliche Versorgung						Fachärztliche Versorgung				Versorgung gesamt	
		Allgem.-/ Praktische Ärzte Anzahl	Internisten mit Hausarztentsch. Anzahl	Summe Hausärzte (Sp. 1+2) Anzahl	Kinderärzte Anzahl	Verträ.i.d. hausä.Vers. (Sp. 3+4) Anzahl	Veränder. zum Vorjahr in Prozent	Internisten ohne Hausarztentsch. Anzahl	Übrige Gebietsärzte Anzahl	Su. Verträ. i.d.fä.Vers. (Sp. 7+8) Anzahl	Veränder. zum Vorjahr in Prozent	Su. Vertragsärzte (Sp. 5+9) Anzahl	Verhältnis haus- u. fachä.Vers. in Prozent
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Baden-Württemberg												
2	Bayerns												
3	Berlin												
4	Brandenburg												
5	Bremen												
6	Hamburg												
7	Hessen												
8	Mecklenburg-Vorpommern	99 999	99 999	9 999	99 999	99 999	± 99,9	9 999	9 999	9 999	± 99,9	9 999	99 : 99
9	Niedersachsen												
10	Nordrhein												
11	Rheinland-Pfalz												
12	Saarland												
13	Sachsen												
14	Sachsen-Anhalt												
15	Schleswig-Holstein												
16	Thüringen												
17	Westfalen-Lippe												
18	Bundesgebiet insgesamt												

Hausärzte und fachärztlich tätige Internisten sowie hausärztliche und fachärztliche Versorgung entsprechend § 73 Abs. 1a sowie § 101 Abs. 5 SGB V

MUSTER

Anmerkungen:

Spalte 1 Allgemein- / Praktische Ärzte ohne Facharztgenehmigung
Spalte 2 Ohne Internisten mit Schwerpunktbezeichnung
Spalte 3 Hausärzte nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie
Spalte 5 Hausärzte nach der EBM-Definition
Spalte 1 bis 5 Ohne Ärzte mit ausschließlicher (>90 %) psychotherapeutischer Tätigkeit
Spalte 7 Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung und ohne Hausarztentscheidung sowie Internisten mit Schwerpunktbezeichnung
Spalte 8 Einschließlich der Allgemein- / Praktischen Ärzte mit Facharztgenehmigung
Einschließlich der Ärzte mit ausschließlicher (>90 %) psychotherapeutischer Tätigkeit
Ohne die zusätzlich fachärztlich tätigen Kinderärzte mit Schwerpunktbezeichnung

Stand: 15.02.2007

Anlage 1

Ärzte in Gemeinschaftspraxen
(einschließlich Job-Sharing-Praxen)

Tabelle 5
Bundesgebiet/KV/
Planungsbereich
Stand:

Lf. Nr.	Arztgruppe	Vertragsärzte			Partner-Ärzte [1]	Angestellte Ärzte	Ärzte Sp. 1 + 4 + 5
		Anzahl	Veränderung zum Vorjahr in Prozent	Anteil an allen Vertragsärzten in Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl
	0	1	2	3	4	5	6
1	Allgemeinärzte						
2	Praktische Ärzte / Ärzte						
3	Anästhesisten						
4	Augenärzte						
5	Chirurgen						
6	Frauenärzte						
7	HNO-Ärzte						
8	Hautärzte						
9	Internisten						
10	Kinderärzte						
11	Kinder- und Jugendpsychiater	99 999	± 99,9	99,9	99 999	99 999	99 999
12	Laborärzte						
13	Lungenärzte						
14	Mund-Kiefer-Gesichtschirurg.						
15	Nervenärzte/Neurol./Psychiat.						
16	Neurochirurgen						
17	Orthopädie						
18	Pathologen						
19	Ärztliche Psychotherapeuten						
20	Radiologen/Diagn. Radiolog.						
21	Nuklearmediziner						
22	Urologen						
23	Übrige Arztgruppen [1]						
24	Summe Arztgruppen						
25	Darunter: Hausärzte						
26	Fachä.tät.Internist.						
Nachrichtlich: Anzahl der Praxen			9 999		Darunter: Fachübergreifend:	9 999	

1) nach § 101 Absatz 1 Nr. 4 Sozialgesetzbuch V 2) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin, Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen, Biochemiker, Humangenetiker, Klinischer Pharmakologen, Pharmakologen, Physiotherapeuten, Rechtsmediziner, Sportmediziner, Transfusionsmediziner

MUSTER

Stand: 15.02.2007

Anlage 1

Ärzte mit belegärztlicher Anerkennung

Tabelle 6
Bundesgebiet/KV/
Planungsbereich
Stand:

Lf. Nr.	Arztgruppe	Belegärzte			Belegbare Betten					
					bis 10 Betten		10 bis 20 Betten		über 20 Betten	
		Anzahl	Veränderung zum Vorjahr in Prozent	Anteil an allen Vertragsärzten in Prozent	Anzahl	Veränderung in Prozent	Anzahl	Veränderung in Prozent	Anzahl	Veränderung in Prozent
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Allgemeinärzte									
2	Praktische Ärzte / Ärzte									
3	Anästhesisten									
4	Augenärzte									
5	Chirurgen									
6	Frauenärzte									
7	HNO-Ärzte									
8	Hautärzte									
9	Internisten									
10	Kinderärzte									
11	Kinder- und Jugendpsychiater	9 999	99,9	99,9	9 999	99,9	9 999	99,9	9 999	99,9
12	Laborärzte									
13	Lungenärzte									
14	Mund-Kiefer-Gesichtschirurg.									
15	Nervenärzte/Neurol./Psychiat.									
16	Neurochirurgen									
17	Orthopädie									
18	Pathologen									
19	Ärztliche Psychotherapeuten									
20	Radiologen/Diagn. Radiolog.									
21	Nuklearmediziner									
22	Urologen									
23	Übrige Arztgruppen [1)]									
24	Summe Arztgruppen									
25	Darunter: Hausärzte									
26	Fachä.tät.Internist.									

1) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin, Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen, Biochemiker, Humangenetiker, Klinischer Pharmakologen, Pharmakologen, Physiotherapeuten, Rechtsmediziner, Sportmediziner, Transfusionsmediziner

MUSTER

Stand: 15.02.2007

Anlage 1

Zugänge und Abgänge an Vertragsärzten im Berichtsjahr

Tabelle 7
Bundesgebiet/KV/
Planungsbereich
Stand:

Lf. Nr.	Arztgruppe	Zugang						Abgang		
		Zulassungsbeginn				Umschreibung		Zulassungsende		
		Anzahl Ärzte		Veränderung in Prozent	Anteil am Gesamtzugang in %	KV-intern Anzahl	KV-extern Anzahl	Anzahl Ärzte		Veränderung in Prozent
		Jahr / Halbjahr	Jahr / Halbjahr					Jahr / Halbjahr	Jahr / Halbjahr	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Allgemeinärzte									
2	Praktische Ärzte / Ärzte									
3	Anästhesisten									
4	Augenärzte									
5	Chirurgen									
6	Frauenärzte									
7	HNO-Ärzte									
8	Hautärzte									
9	Internisten									
10	Kinderärzte									
11	Kinder- und Jugendpsychiater	99 999	99 999	99,9	99,9	99 999	99 999	99 999	99 999	99,9
12	Laborärzte									
13	Lungenärzte									
14	Mund-Kiefer-Gesichtschirurg.									
15	Nervenärzte/Neurol./Psychiat.									
16	Neurochirurgen									
17	Orthopädie									
18	Pathologen									
19	Ärztliche Psychotherapeuten									
20	Radiologen/Diagn. Radiolog.									
21	Nuklearmediziner									
22	Urologen									
23	Übrige Arztgruppen [1]									
24	Summe Arztgruppen									
25	Darunter: Hausärzte									
26	Fachä.tät.Internist.									

1) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin, Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen, Biochemiker, Humangenetiker, Klinischer Pharmakologen, Pharmakologen, Physiotherapeuten, Rechtsmediziner, Sportmediziner, Transfusionsmediziner

MUSTER

Anlage 1.1

An der psychotherapeutischen Versorgung teilnehmende Psychologische Psychotherapeuten

Bundesgebiet/KV/ Planungsbereich
Stand:

Lf. Nr.	Berufsgruppe	Teilnehmende Psychol. Psychotherap. Sp. 2+3+4+7 Anzahl	Tätig in der Praxis: Zugelassen nach § 95 Abs. 10 SGB V bzw. § 24 Ärzte-ZV Anzahl	Tätig in der Praxis: Partner nach § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V Anzahl	Tätig in der Praxis: Angestellt nach § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V Anzahl	Ermächtigt: nach § 95 Abs. 11 SGBV Anzahl	Ermächtigt: nach §§ 31 / 31a Ärzte-ZV Anzahl	Ermächtigt: Summe Spalte 5+6 Anzahl
	0	1	2	3	4	5	6	7
1	**Psychologische Psychotherapeuten** *							
1. 1	davon: Nur tiefenpsychologisch fundierte psychologische Psychotherapie							
1. 2	Nur tiefenpsycholog. fund. psychol. Psychoth. **auch** f. Kinder u. Jugendl.							
1. 3	Psychologische Verhaltentherapie							
1. 4	Psychologische Verhaltentherapie **auch** für Kinder und Jugendliche							
1. 5	Nur analytische psychologische Psychotherapie							
1. 6	Nur analytische psychologische Psychotherapie **auch** f. Kinder u. Jugendl.							
1. 7	Tiefenpsychologisch fundierte u. analytische psycholog. Psychotherapie							
1. 8	Tiefenpsychol. fund. u. analyt. psychol. Psychoth. **auch** f. Ki. u. Jugendl.							
1. 9	Gruppentherapie im Rahmen d. tiefenpsychologisch fund. Psychotherapie							
1.10	Gruppentherapie im Rahmen der analytischen Psychotherapie							
1.11	Gruppentherapie im Rahmen der Verhaltenstherapie							
2	**Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten** *							
2. 1	davon: Nur tiefenpsychologisch fund. psych. Psychoth. **nur** f. Kinder u. Jugendl.							
2. 2	Psychologische Verhaltenstherapie **nur** für Kinder und Jugendliche							
2. 3	Nur analytische psychologische Psychotherapie **nur** f. Kinder u. Jugendl.							
2. 4	Tiefenpsychol. fund. u. analyt. psychol. Psychoth. **nur** f. Kind. u. Jugendl.							
2. 5	Gruppentherapie im Rahmen d. tiefenpsycholog. fund. Psychotherapie							
2. 6	Gruppentherapie im Rahmen der analytischen Psychotherapie							
2. 7	Gruppentherapie im Rahmen der Verhaltentherapie							
3	**Summe Psychologische Psychoth. und Kinder- und Jugendlichenpsychoth.**							

Anmerkung: *) Tatsächliche Psychotherapeutenzahl. Die Addition der Leistungsbereiche ergibt nicht diese Summe.

MEISTER
Entwurf.

Anlage 2 Bedarfsplan und Planungsblätter

Anlage 2.1: Struktur des Bedarfsplans nach § 4 Bedarfsplanungsrichtlinie

Der Bedarfsplan nach § 4 Absatz 1 Bedarfsplanungsrichtlinie sollte folgende Gliederung aufweisen.

1. Regionale Versorgungssituation (§ 12 Absatz 3 Ä-ZV)	***Grund-sätze der Be-darfs-planung***	alle 3 bis 5 Jahre
1.1 Ärztliche Versorgung		
1.2 Einrichtungen der Krankenhausversorgung und sonstige medizinische Versorgung		
1.3 Demografie und Soziodemografische Faktoren		
1.4 Geografische Besonderheiten		
1.5 Ziele der Bedarfsplanung		
2. Bedarfsplanung		
Regionale Grundlagen der Bedarfsplanung		
systematische Abweichungen von der Bundesrichtlinie, z.B. Planungsgruppen, Planungsbereiche, Verhältniszahlen, Weitere Anpassungsfaktoren, Regionale Regelungen zum Sonderbedarf, Drohende Unterversorgung		

3. Planungsblätter	***Stand der Be-darfs-planung***	i.d.R. alle 6 Monate
Entsprechend Anlage 2.2		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage 2.2.: Die Planungsblätter zur Dokumentation des Standes der Vertragsärztlichen Versorgung

KV-Gebiet	…		**Arztgruppe**														
Datum	…		Kriterien für die Zuordnung zu dieser Arztgruppe[1] (z.B. BPl-RiLi, WBO, Abrechnung etc.)														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Name des Planungs-bereichs	Gemeindekennziffern der Gemeinden im Planungsbereich[1]	EW im Planungsbereich	**Verhältniszahl im Planungsbereich**	angepasste Verhältniszahl[2]	Zahl der Vertragsärzte im Planungsbereich	Zahl der angestellten Ärzte im Planungsbereich	Zahl der ermächtigten Ärzte im Planungsbereich, die in der Bedarfsplanung zählen	**Gesamtzahl Ärzte** (Sp. 6 + 7 + 8)	Darunter: Ärzte in Berufsausübungsgemeinschaften	**Versorgungsgrad[3]**	Versorgungsgrad im Vorjahr[4]	**Planungsbereich gesperrt[1]** (1 = ja / 2 = nein)	Zahl der Niederlassungs-möglichkeiten bis zur Sperung[3]	Anzahl Ärzte oberhalb der Sperrgrenze	**Unterversorgung[1]** (1 = ja / 2 = nein)	drohende Unterver-sorgung[1] (1 = ja / 2 = nein)	Anzahl Behandlungsfälle auf ein Jahr je Arzt[5]
Planungs-bereich 1																	
Planungs-bereich 2																	
…																	

[1] Zu diesen Punkten sind Begründungen für die inhaltliche Ausgestaltung der jeweiligen Spalten zu erstellen, die im Rahmen der Datenübertragung mitgeliefert werden. Die Begründungen können sich z.B. auf die Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA, das Kapitel 2 der Bedarfsanalyse oder Entscheidungen des Landesausschusses beziehen.

[2] Hier wird die kumulierte Wirkung aller bundeseinheitlichen sowie der regionalen Anpassungsfaktoren (z.B. Demografiefaktor gem. § 9 etc.) zusammengefasst und in ihrer Auswirkung auf die Verhältniszahl dargestellt. Die sich daraus ergebende angepasste Verhältniszahl wird hier abgebildet.

[3] Hier wird mathematisch auf eine Stelle nach dem Komma gerundet.

[4] Wird jährlich zum 1. Januar, gemäß den letzten verfügbaren Beschlüssen der Zulassungsausschüsse aktualisiert.

[5] Wird jährlich zum 1. Januar für die letzten 4 verfügbaren Quartale aktualisiert.

Anlage 2.3.: Ergänzende Informationen zur Dokumentation der ambulanten Versorgung gegenüber dem Landes- und Zulassungsausschuss

Allgemeine fachärztliche Versorgung

KV-Gebiet	…			
Datum	…			
1	2	3	4	5
Name des Planungsbereichs	Gemeindekennziffern der Gemeinden im Planungsbereich[1]	Anzahl ermächtigte Institute	Anzahl Krankenhäuser	Darunter KH mit Meldung für ambulante OPs
Planungs-bereich 1				
Planungs-bereich 2				
…				

Spezialisierte fachärztliche Versorgung

KV-Gebiet	…			
Datum	…			
1	2	3	4	5
Name des Planungsbereichs	Gemeindekennziffern der Gemeinden im Planungsbereich[1]	Anzahl ermächtigte Institute	Anzahl Krankenhäuser	Darunter KH mit Meldung für ambulante OPs
Planungs-bereich 1				
Planungs-bereich 2				
…				

[1] Zu diesen Punkten sind Begründungen für die inhaltliche Ausgestaltung der jeweiligen Spalten zu erstellen, die im Rahmen der Datenübertragung mitgeliefert werden. Die Begründungen können sich z.B. auf die Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA, das Kapitel 2 der Bedarfsanalyse oder Entscheidungen des Landesausschusses beziehen.

Für die Dokumentation der Quotenregelungen bei der Arztgruppe der Psychotherapeuten können regional die Planungsblätter der Anlage 2.4 der Bedarfsplanungsrichtlinie 2007 angewendet werden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage 3 Zuordnung der Planungsbereiche nach den §§ 10 bis 15

ERGÄNZUNG:

Anlage 3.1: Mittelbereiche nach § 11 Absatz 3

Zuordnung der Gemeinden zu Mittelbereichen in der Abgrenzung des BBSR vom 31. Dezember 2010

Eine Abgrenzung der Mittelbereiche seitens des Bundesinstituts für Bau, Stadt- und Raumforschung mit der Referenz Gemeinden zu Mittelbereichen findet man unter www.g-ba.de

Für die Mittelbereiche, die im Gebiet nach § 65 Absatz 3 liegen, gilt die in Absatz 4 festgelegte Verhältniszahl für Hausärzte.

Die Mittelbereiche des Ruhrgebiets sind:

MBKey	MBName	MBKey	MBName
50105	Wesel/Hamminkeln	50332	Gladbeck
50106	Xanten	50333	Gelsenkirchen
50109	Kamp-Lintfort	50529	Hagen
50110	Rheinberg	50530	Schwerte
50111	Voerde	50531	Ennepetal
50112	Dinslaken	50532	Gevelsberg
50113	Neukirchen-Vluyn	50533	Wetter
50114	Moers	50534	Sprockhövel
50115	Oberhausen	50535	Schwelm
50116	Essen	50536	Hattingen
50117	Mülheim an der Ruhr	50537	Witten
50118	Duisburg	50538	Herdecke
50316	Haltern	50539	Bochum
50323	Dorsten	50540	Unna
50324	Marl	50541	Dortmund
50325	Herten	50542	Kamen
50326	Recklinghausen	50543	Bergkamen
50327	Oer-Erkenschwick	50544	Hamm
50328	Datteln	50545	Lünen
50329	Waltrop	50546	Werne
50330	Castrop-Rauxel	50547	Herne
50331	Bottrop		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

KV übergreifende Mittelbereiche, die gemäß der Richtlinie getrennt werden müssen, sind:

MBKey	MBName	MBKey	MBName
10108	Geesthacht	40001	Bremen
20001	Hamburg	40002	Bremerhaven

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage 3.2: Zuordnung der Kreise, kreisfreien Städte und Kreisregionen zu den Kreistypen nach § 12 Absatz 3

Zuordnung der Planungsbereiche im Sinne des § 12 Absatz 3 zu den Kreistypen, Gebietsstand 31. Dezember 2009

Kreis-typ	Planungsbereich
2	Aachen[1]
1	Aachen, Stadt[1]
3	Ahrweiler
3	Aichach-Friedberg
3	Alb-Donau-Kreis
5	Altenburger Land
5	Altenkirchen (Westerwald)
5	Altmarkkreis Salzwedel
5	Altötting
5	Amberg, Stadt/Amberg-Sulzbach
3	Ammerland
5	Ansbach, Stadt/Ansbach
2	Aschaffenburg, Stadt/Aschaffenburg
3	Augsburg
1	Augsburg, Stadt
3	Bad Doberan
5	Bad Kissingen
5	Bad Kreuznach
4	Bad Tölz-Wolfratshausen
4	Baden-Baden, Stadt/Rastatt
5	Bamberg, Stadt/Bamberg
4	Barnim
5	Bautzen
5	Bayreuth, Stadt/Bayreuth
5	Berchtesgadener Land
3	Bergstraße
1	Berlin, Bundeshauptstadt
5	Bernkastel-Wittlich
5	Biberach
1	Bielefeld, Stadt
5	Birkenfeld
3	Böblingen
1*	Bochum, Stadt
5	Bodenseekreis
1	Bonn, Stadt
4	Börde

Kreis-typ	Planungsbereich
4	Borken
2*	Bottrop, Stadt
4	Brandenburg an der Havel, Stadt/Potsdam-Mittelmark
1	Braunschweig, Stadt
3	Breisgau-Hochschwarzwald
1	Bremen, Stadt
1	Bremerhaven, Stadt
4	Burgenlandkreis
3	Calw
4	Celle
5	Cham
1	Chemnitz, Stadt
5	Cloppenburg
5	Coburg, Stadt/Coburg
4	Cochem-Zell
3	Coesfeld
1	Cottbus, Stadt
4	Cuxhaven
3	Dachau
4	Dahme-Spreewald
1	Darmstadt, Stadt
3	Darmstadt-Dieburg
5	Deggendorf
4	Delmenhorst, Stadt/Diepholz
5	Demmin
5	Dessau-Roßlau, Stadt/Anhalt-Bitterfeld
5	Dillingen a.d.Donau
5	Dingolfing-Landau
5	Dithmarschen
5	Donau-Ries
5	Donnersbergkreis
1*	Dortmund, Stadt
1	Dresden, Stadt
1*	Duisburg, Stadt
3	Düren

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Kreis-typ	Planungsbereich
1	Düsseldorf, Stadt
3	Ebersberg
4	Eichsfeld
3	Eichstätt
5	Eifelkreis Bitburg-Prüm
5	Eisenach, Stadt/Wartburgkreis
5	Elbe-Elster
5	Emden, Stadt/Aurich
4	Emmendingen
5	Emsland
2*	Ennepe-Ruhr-Kreis
3	Enzkreis
3	Erding
1	Erfurt, Stadt
1	Erlangen, Stadt
3	Erlangen-Höchstadt
4	Erzgebirgskreis
1*	Essen, Stadt
2	Esslingen
4	Euskirchen
5	Flensburg, Stadt/Schleswig-Flensburg
3	Forchheim
2	Frankenthal (Pfalz), Stadt/Speyer, Stadt/Rhein-Pfalz-Kreis
5	Frankfurt (Oder), Stadt/Oder-Spree
1	Frankfurt am Main, Stadt
1	Freiburg im Breisgau, Stadt
3	Freising
5	Freudenstadt
5	Freyung-Grafenau
5	Fulda
2	Fürstenfeldbruck
3	Fürth
2	Fürth, Stadt
5	Garmisch-Partenkirchen
2*	Gelsenkirchen, Stadt
1	Gera, Stadt
3	Germersheim
5	Gießen
3	Gifhorn
4	Göppingen
5	Görlitz

Kreis-typ	Planungsbereich
4	Goslar
5	Gotha
2	Göttingen
5	Grafschaft Bentheim
5	Greifswald, Hansestadt/Ostvorpommern
5	Greiz
2	Groß-Gerau
5	Günzburg
5	Güstrow
4	Gütersloh
1*	Hagen, Stadt
1	Halle (Saale), Stadt
1	Hamburg, Freie und Hansestadt
5	Hameln-Pyrmont
2*	Hamm, Stadt
3	Hannover[1]
1	Hannover, Landeshauptstadt[1]
3	Harburg
5	Harz
5	Haßberge
4	Havelland
1	Heidelberg, Stadt
5	Heidenheim
3	Heilbronn
1	Heilbronn, Stadt
4	Heinsberg
3	Helmstedt
2	Herford
2*	Herne, Stadt
5	Hersfeld-Rotenburg
3	Herzogtum Lauenburg
5	Hildburghausen
4	Hildesheim
5	Hochsauerlandkreis
2	Hochtaunuskreis
5	Hof, Stadt/Hof
5	Hohenlohekreis
5	Holzminden
4	Höxter
4	Ilm-Kreis
1	Ingolstadt, Stadt
1	Jena, Stadt

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Kreis-typ	Planungsbereich
3	Jerichower Land
5	Kaiserslautern, Stadt/Kaiserslautern
3	Karlsruhe
1	Karlsruhe, Stadt
3	Kassel
1	Kassel, Stadt
5	Kaufbeuren, Stadt/Ostallgäu
4	Kelheim
5	Kempten (Allgäu), Stadt/Oberallgäu
1	Kiel, Landeshauptstadt
4	Kitzingen
5	Kleve
1	Koblenz, Stadt
1	Köln, Stadt
5	Konstanz
1	Krefeld, Stadt
5	Kronach
5	Kulmbach
5	Kusel
5	Kyffhäuserkreis
5	Lahn-Dill-Kreis
4	Landau in der Pfalz, Stadt/Südliche Weinstraße
4	Landsberg a.Lech
5	Landshut, Stadt/Landshut
5	Leer
4	Leipzig
1	Leipzig, Stadt
2	Leverkusen, Stadt
5	Lichtenfels
4	Limburg-Weilburg
5	Lindau (Bodensee)
4	Lippe
5	Lörrach
1	Lübeck, Hansestadt
5	Lüchow-Dannenberg
2	Ludwigsburg
1	Ludwigshafen am Rhein, Stadt
5	Ludwigslust
4	Lüneburg
1	Magdeburg, Landeshauptstadt
4	Main-Kinzig-Kreis

Kreis-typ	Planungsbereich
4	Main-Spessart
5	Main-Tauber-Kreis
2	Main-Taunus-Kreis
1	Mainz, Stadt
3	Mainz-Bingen
1	Mannheim, Universitätsstadt
5	Mansfeld-Südharz
5	Marburg-Biedenkopf
4	Märkischer Kreis
4	Märkisch-Oderland
4	Mayen-Koblenz
4	Meißen
5	Memmingen, Stadt/Unterallgäu
4	Merzig-Wadern
2	Mettmann
4	Miesbach
4	Miltenberg
4	Minden-Lübbecke
4	Mittelsachsen
1	Mönchengladbach, Stadt
5	Mühldorf a.Inn
2*	Mülheim an der Ruhr, Stadt
2	München
1	München, Landeshauptstadt
1	Münster, Stadt
5	Müritz
5	Neckar-Odenwald-Kreis
5	Neubrandenburg, Stadt/Mecklenburg-Strelitz
4	Neuburg-Schrobenhausen
4	Neumarkt i.d.OPf.
4	Neumünster, Stadt/Rendsburg-Eckernförde
2	Neunkirchen
4	Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim
3	Neustadt an der Weinstraße, Stadt/Bad Dürkheim
2	Neu-Ulm
3	Neuwied
5	Nienburg (Weser)
5	Nordfriesland
5	Nordhausen

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Kreis-typ	Planungsbereich
4	Nordsachsen
4	Northeim
1	Nürnberg, Stadt
4	Nürnberger Land
5	Oberbergischer Kreis
2*	Oberhausen, Stadt
3	Oberhavel
5	Oberspreewald-Lausitz
4	Odenwaldkreis
2	Offenbach
2	Offenbach am Main, Stadt
3	Oldenburg
1	Oldenburg (Oldenburg), Stadt
5	Olpe
5	Ortenaukreis
4	Osnabrück
1	Osnabrück, Stadt
5	Ostalbkreis
3	Osterholz
5	Osterode am Harz
4	Ostholstein
5	Ostprignitz-Ruppin
2	Paderborn
5	Parchim
5	Passau, Stadt/Passau
3	Peine
3	Pfaffenhofen a.d.Ilm
1	Pforzheim, Stadt
3	Pinneberg
5	Pirmasens, Stadt/Zweibrücken, Stadt/Südwestpfalz
3	Plön
1	Potsdam, Stadt
5	Prignitz
5	Ravensburg
2*	Recklinghausen
5	Regen
3	Regensburg
1	Regensburg, Stadt
2	Remscheid, Stadt
2	Rems-Murr-Kreis
5	Reutlingen
2	Rhein-Erft-Kreis

Kreis-typ	Planungsbereich
3	Rheingau-Taunus-Kreis
5	Rhein-Hunsrück-Kreis
2	Rheinisch-Bergischer Kreis
2	Rhein-Kreis Neuss
4	Rhein-Lahn-Kreis
2	Rhein-Neckar-Kreis
4	Rhein-Sieg-Kreis
5	Rhön-Grabfeld
5	Rosenheim, Stadt/Rosenheim
1	Rostock, Hansestadt
4	Rotenburg (Wümme)
5	Rottal-Inn
5	Rottweil
5	Rügen
4	Saale-Holzland-Kreis
4	Saalekreis
5	Saale-Orla-Kreis
5	Saalfeld-Rudolstadt
2	Saarlouis
4	Saarpfalz-Kreis
4	Sächsische Schweiz-Osterzgebirge
1	Salzgitter, Stadt
4	Salzlandkreis
4	Schaumburg
4	Schwabach, Stadt/Roth
5	Schwäbisch Hall
4	Schwalm-Eder-Kreis
5	Schwandorf
5	Schwarzwald-Baar-Kreis
5	Schweinfurt, Stadt/Schweinfurt
4	Schwerin, Landeshauptstadt/Wismar, Hansestadt/Nordwestmecklenburg
4	Segeberg
2	Siegen-Wittgenstein
5	Sigmaringen
4	Soest
2	Solingen, Stadt
5	Soltau-Fallingbostel
4	Sömmerda
5	Sonneberg
4	Spree-Neiße
4	St. Wendel

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Kreis-typ	Planungsbereich
4	Stade
1	Stadtverband Saarbrücken
3	Starnberg
4	Steinburg
4	Steinfurt
5	Stendal
2	Stormarn
5	Stralsund, Hansestadt/Nordvorpommern
5	Straubing, Stadt/Straubing-Bogen
1	Stuttgart, Landeshauptstadt
5	Suhl, Stadt/Schmalkalden-Meinigen
4	Teltow-Fläming
5	Tirschenreuth
5	Traunstein
1	Trier, Stadt
3	Trier-Saarburg
4	Tübingen
5	Tuttlingen
5	Uckermark
5	Uecker-Randow
5	Uelzen
1	Ulm, Universitätsstadt
2*	Unna
5	Unstrut-Hainich-Kreis
5	Vechta
3	Verden
2	Viersen
5	Vogelsbergkreis
5	Vogtlandkreis
5	Vulkaneifel
5	Waldeck-Frankenberg
5	Waldshut
4	Warendorf
5	Weiden i.d. OPf., Stadt/Neustadt a. d. Waldnaab
4	Weilheim-Schongau
4	Weimar, Stadt/Weimarer Land
5	Weißenburg-Gunzenhausen
5	Werra-Meißner-Kreis
2*	Wesel
4	Wesermarsch
5	Westerwaldkreis

Kreis-typ	Planungsbereich
4	Wetteraukreis
1	Wiesbaden, Landeshauptstadt
5	Wilhelmshaven, Stadt/Friesland
5	Wittenberg
5	Wittmund
3	Wolfenbüttel
1	Wolfsburg, Stadt
3	Worms, Stadt/Alzey-Worms
5	Wunsiedel i.Fichtelgebirge
1	Wuppertal, Stadt
3	Würzburg
1	Würzburg, Stadt
5	Zollernalbkreis
5	Zwickau

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

* Es gelten die Vorschriften nach § 65 Absatz 2 bis 5 dieser Richtlinie.

[1]Die Region Hannover gliedert sich in die Planungsbereiche Hannover (ehemaliger Landkreis) und Hannover, Landeshauptstadt. Die Städteregion Aachen gliedert sich in die Planungsbereiche Aachen (ehemaliger Landkreis) und Aachen, Stadt.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage 3.3: Raumordnungsregionen

Zuordnung der Kreise zu Raumordnungsregionen in der Abgrenzung des BBSR vom 31. Dezember 2009[1]

Raumordnungsregion	Kreis
Schleswig-Holstein Mitte	Kiel, Landeshauptstadt
	Neumünster, Stadt
	Plön
	Rendsburg-Eckernförde
Schleswig-Holstein Nord	Nordfriesland
	Flensburg, Stadt
	Schleswig-Flensburg
Schleswig-Holstein Ost	Lübeck, Hansestadt
	Ostholstein
Schleswig-Holstein Süd	Pinneberg
	Segeberg
	Stormarn
	Herzogtum Lauenburg
Schleswig-Holstein Süd-West	Dithmarschen
	Steinburg
Hamburg	Hamburg, Freie und Hansestadt
Braunschweig	Gifhorn
	Braunschweig, Stadt
	Salzgitter, Stadt
	Wolfsburg, Stadt
	Helmstedt
	Peine
	Wolfenbüttel
	Goslar
Bremen-Umland	Diepholz
	Verden
	Osterholz
	Delmenhorst, Stadt

[1] Die Raumordnungsregion Bremerhaven wurde aufgeteilt in die Bereiche Bremerhaven-Niedersachsen und Bremerhaven-Bremen

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Raumordnungsregion	Kreis
Bremerhaven-Niedersachsen	Cuxhaven
	Wesermarsch
Emsland	Grafschaft Bentheim
	Emsland
Göttingen	Göttingen
	Northeim
	Holzminden
	Osterode am Harz
Hamburg-Umland-Süd	Rotenburg (Wümme)
	Stade
	Harburg
Hannover	Nienburg (Weser)
	Schaumburg
	Region Hannover
Hildesheim	Hameln-Pyrmont
	Hildesheim
Lüneburg	Lüchow-Dannenberg
	Lüneburg
	Uelzen
Oldenburg	Ammerland
	Cloppenburg
	Oldenburg
	Oldenburg (Oldenburg), Stadt
	Vechta
Osnabrück	Osnabrück
	Osnabrück, Stadt
Ost-Friesland	Emden, Stadt
	Aurich
	Leer
	Wittmund
	Wilhelmshaven, Stadt
	Friesland
Südheide	Soltau-Fallingbostel
	Celle

Diese Richtlinien Version ist nicht mehr in Kraft.

Raumordnungsregion	Kreis
Bremen	Bremen, Stadt
Bremerhaven-Bremen	Bremerhaven, Stadt
Aachen	Städteregion Aachen
	Düren
	Euskirchen
	Heinsberg
Arnsberg	Soest
	Hochsauerlandkreis
Bielefeld	Bielefeld, Stadt
	Gütersloh
	Herford
	Minden-Lübbecke
	Lippe
Bochum/Hagen	Bochum, Stadt
	Hagen, Stadt
	Ennepe-Ruhr-Kreis
	Märkischer Kreis
	Herne, Stadt
Bonn	Bonn, Stadt
	Rhein-Sieg-Kreis
Dortmund	Unna
	Dortmund, Stadt
	Hamm, Stadt
Duisburg/Essen	Kleve
	Wesel
	Duisburg, Stadt
	Essen, Stadt
	Mülheim an der Ruhr, Stadt
	Oberhausen, Stadt

Diese Richtlinien Version ist nicht mehr in Kraft.

Raumordnungsregion	Kreis
Düsseldorf	Krefeld, Stadt
	Mönchengladbach, Stadt
	Viersen
	Rhein-Kreis Neuss
	Mettmann
	Düsseldorf, Stadt
	Solingen, Stadt
	Wuppertal, Stadt
	Remscheid, Stadt
Emscher-Lippe	Bottrop, Stadt
	Gelsenkirchen, Stadt
	Recklinghausen
Köln	Leverkusen, Stadt
	Köln, Stadt
	Rhein-Erft-Kreis
	Oberbergischer Kreis
	Rheinisch-Bergischer Kreis
Münster	Borken
	Coesfeld
	Steinfurt
	Münster, Stadt
	Warendorf
Paderborn	Höxter
	Paderborn
Siegen	Olpe
	Siegen-Wittgenstein
Mittelhessen	Limburg-Weilburg
	Lahn-Dill-Kreis
	Marburg-Biedenkopf
	Gießen
	Vogelsbergkreis

Diese Richtlinien Version ist nicht mehr in Kraft.

Raumordnungsregion	Kreis
Nordhessen	Waldeck-Frankenberg
	Schwalm-Eder-Kreis
	Werra-Meißner-Kreis
	Kassel, documenta-Stadt
	Kassel
Osthessen	Fulda
	Hersfeld-Rotenburg
Rhein-Main	Rheingau-Taunus-Kreis
	Wiesbaden, Landeshauptstadt
	Frankfurt am Main, Stadt
	Hochtaunuskreis
	Main-Taunus-Kreis
	Offenbach am Main, Stadt
	Main-Kinzig-Kreis
	Offenbach
	Wetteraukreis
Starkenburg	Groß-Gerau
	Darmstadt, Wissenschaftsstadt
	Bergstraße
	Darmstadt-Dieburg
	Odenwaldkreis
Mittelrhein-Westerwald	Ahrweiler
	Rhein-Hunsrück-Kreis
	Cochem-Zell
	Mayen-Koblenz
	Rhein-Lahn-Kreis
	Neuwied
	Westerwaldkreis
	Koblenz, kreisfreie Stadt
	Altenkirchen (Westerwald)

Diese Richtlinien Version ist nicht mehr in Kraft.

Raumordnungsregion	Kreis
Rheinhessen-Nahe	Bad Kreuznach
	Birkenfeld
	Mainz, kreisfreie Stadt
	Worms, kreisfreie Stadt
	Alzey-Worms
	Mainz-Bingen
Rheinpfalz	Germersheim
	Landau in der Pfalz, kreisfreie Stadt
	Neustadt an der Weinstraße, kreisfreie Stadt
	Bad Dürkheim
	Südliche Weinstraße
	Rhein-Pfalz-Kreis
	Speyer, kreisfreie Stadt
	Frankenthal (Pfalz), kreisfreie Stadt
	Ludwigshafen am Rhein, kreisfreie Stadt
Trier	Trier, kreisfreie Stadt
	Bernkastel-Wittlich
	Eifelkreis Bitburg-Prüm
	Vulkaneifel
	Trier-Saarburg
Westpfalz	Südwestpfalz
	Kaiserslautern, kreisfreie Stadt
	Pirmasens, kreisfreie Stadt
	Zweibrücken, kreisfreie Stadt
	Kaiserslautern
	Kusel
	Donnersbergkreis
Bodensee-Oberschwaben	Bodenseekreis
	Ravensburg
	Sigmaringen
Donau-Iller (BW)	Ulm
	Alb-Donau-Kreis
	Biberach

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Raumordnungsregion	Kreis
Franken	Heilbronn
	Heilbronn
	Main-Tauber-Kreis
	Hohenlohekreis
	Schwäbisch Hall
Hochrhein-Bodensee	Lörrach
	Waldshut
	Konstanz
Mittlerer Oberrhein	Baden-Baden
	Karlsruhe
	Karlsruhe
	Rastatt
Neckar-Alb	Zollernalbkreis
	Tübingen
	Reutlingen
Nordschwarzwald	Calw
	Pforzheim
	Enzkreis
	Freudenstadt
Ostwürttemberg	Ostalbkreis
	Heidenheim
Schwarzwald-Baar-Heuberg	Rottweil
	Schwarzwald-Baar-Kreis
	Tuttlingen
Stuttgart	Stuttgart
	Böblingen
	Esslingen
	Ludwigsburg
	Göppingen
	Rems-Murr-Kreis
Südlicher Oberrhein	Ortenaukreis
	Freiburg im Breisgau
	Breisgau-Hochschwarzwald
	Emmendingen

Diese Richtlinien Version ist nicht mehr in Kraft.

Raumordnungsregion	Kreis
Unterer Neckar	Mannheim
	Heidelberg
	Neckar-Odenwald-Kreis
	Rhein-Neckar-Kreis
Allgäu	Lindau (Bodensee)
	Ostallgäu
	Kaufbeuren, Stadt
	Kempten (Allgäu), Stadt
	Oberallgäu
Augsburg	Augsburg
	Dillingen a.d.Donau
	Donau-Ries
	Augsburg, Stadt
	Aichach-Friedberg
Bayerischer Untermain	Miltenberg
	Aschaffenburg, Stadt
	Aschaffenburg
Donau-Iller (BY)	Neu-Ulm
	Memmingen, Stadt
	Günzburg
	Unterallgäu
Donau-Wald	Straubing, Stadt
	Straubing-Bogen
	Passau, Stadt
	Deggendorf
	Freyung-Grafenau
	Passau
	Regen

Diese Richtlinien Version ist nicht mehr in Kraft.

Raumordnungsregion	Kreis
Industrieregion Mittelfranken	Erlangen, Stadt
	Fürth, Stadt
	Nürnberg, Stadt
	Schwabach, Stadt
	Erlangen-Höchstadt
	Fürth
	Nürnberger Land
	Roth
Ingolstadt	Neuburg-Schrobenhausen
	Ingolstadt, Stadt
	Eichstätt
	Pfaffenhofen a.d.Ilm
Landshut	Landshut
	Landshut, Stadt
	Rottal-Inn
	Dingolfing-Landau
Main-Rhön	Schweinfurt, Stadt
	Bad Kissingen
	Haßberge
	Schweinfurt
	Rhön-Grabfeld
München	Landsberg am Lech
	München, Landeshauptstadt
	Ebersberg
	Fürstenfeldbruck
	München
	Starnberg
	Dachau
	Freising
	Erding

Diese Richtlinien Version ist nicht mehr in Kraft.

Raumordnungsregion	Kreis
Oberfranken-Ost	Kulmbach
	Bayreuth
	Bayreuth, Stadt
	Hof, Stadt
	Hof
	Wunsiedel i.Fichtelgebirge
Oberfranken-West	Bamberg, Stadt
	Coburg, Stadt
	Bamberg
	Coburg
	Forchheim
	Lichtenfels
	Kronach
Oberland	Garmisch-Partenkirchen
	Weilheim-Schongau
	Bad Tölz-Wolfratshausen
	Miesbach
Oberpfalz-Nord	Amberg, Stadt
	Weiden i.d.OPf., Stadt
	Amberg-Sulzbach
	Neustadt a.d.Waldnaab
	Schwandorf
	Tirschenreuth
Regensburg	Regensburg
	Kelheim
	Neumarkt i.d.OPf.
	Regensburg, Stadt
	Cham
Südostoberbayern	Altötting
	Rosenheim, Stadt
	Mühldorf a.Inn
	Rosenheim
	Traunstein
	Berchtesgadener Land

Diese Richtlinien Version ist nicht mehr in Kraft.

Raumordnungsregion	Kreis
Westmittelfranken	Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim
	Ansbach, Stadt
	Ansbach
	Weißenburg-Gunzenhausen
Würzburg	Würzburg, Stadt
	Main-Spessart
	Kitzingen
	Würzburg
Saar	Regionalverband Saarbrücken
	Merzig-Wadern
	Neunkirchen
	Saarlouis
	Saarpfalz-Kreis
	St. Wendel
Berlin	Berlin, Stadt
Havelland-Fläming	Havelland
	Brandenburg an der Havel, Stadt
	Potsdam, Stadt
	Potsdam-Mittelmark
	Teltow-Fläming
Lausitz-Spreewald	Elbe-Elster
	Dahme-Spreewald
	Cottbus, Stadt
	Oberspreewald-Lausitz
	Spree-Neiße
Oderland-Spree	Oder-Spree
	Frankfurt (Oder), Stadt
	Märkisch-Oderland
Prignitz-Oberhavel	Prignitz
	Oberhavel
	Ostprignitz-Ruppin
Uckermark-Barnim	Uckermark
	Barnim

Diese Richtlinien Version ist nicht mehr in Kraft.

Raumordnungsregion	Kreis
Mecklenburgische Seenplatte	Neubrandenburg
	Demmin
	Mecklenburg-Strelitz
	Müritz
Mittleres Mecklenburg/Rostock	Rostock
	Bad Doberan
	Güstrow
Vorpommern	Stralsund
	Greifswald
	Nordvorpommern
	Ostvorpommern
	Rügen
	Uecker-Randow
Westmecklenburg	Nordwestmecklenburg
	Schwerin
	Ludwigslust
	Wismar
	Parchim
Oberes Elbtal/Osterzgebirge	Meißen
	Dresden, Stadt
	Sächsische Schweiz-Osterzgebirge
Oberlausitz-Niederschlesien	Bautzen
	Görlitz
Südsachsen	Vogtlandkreis
	Zwickau
	Chemnitz, Stadt
	Erzgebirgskreis
	Mittelsachsen
Westsachsen	Leipzig, Stadt
	Leipzig
	Nordsachsen
Altmark	Altmarkkreis Salzwedel
	Stendal

Diese Richtlinien Version ist nicht mehr in Kraft.

Raumordnungsregion	Kreis
Anhalt-Bitterfeld-Wittenberg	Dessau-Roßlau, Stadt
	Anhalt-Bitterfeld
	Wittenberg
Halle/S.	Mansfeld-Südharz
	Halle (Saale), Stadt
	Burgenlandkreis
	Saalekreis
Magdeburg	Harz
	Salzlandkreis
	Magdeburg, Landeshauptstadt
	Börde
	Jerichower Land
Mittelthüringen	Weimarer Land
	Erfurt, Stadt
	Weimar, Stadt
	Sömmerda
	Gotha
	Ilm-Kreis
Nordthüringen	Eichsfeld
	Unstrut-Hainich-Kreis
	Nordhausen
	Kyffhäuserkreis
Ostthüringen	Jena, Stadt
	Saale-Holzland-Kreis
	Gera, Stadt
	Altenburger Land
	Saalfeld-Rudolstadt
	Saale-Orla-Kreis
	Greiz
Südthüringen	Eisenach, Stadt
	Hildburghausen
	Suhl, Stadt
	Wartburgkreis
	Schmalkalden-Meiningen
	Sonneberg

Diese Richtlinien Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage 4 Demografiefaktor

Anlage 4.1 Die Leistungsbedarfsfaktoren des Demografiefakors nach § 9

Die Leistungsbedarfsfaktoren je Arztgruppe werden nach dem in § 9 Absatz 3 bis 5 Bedarfsplanungsrichtlinie beschriebenen Verfahren ermittelt. Für das 2. Quartal 2009 bis zum 1. Quartal 2012 (die letzten 12 Quartale) betragen sie:

Arztgruppe	Leistungsbedarfsfaktor
Anästhesisten	1,801
Augenärzte	6,741
Chirurgen	1,459
Frauenärzte	0,358
Hausärzte	2,567
Hautärzte	1,862
HNO-Ärzte	1,353
Internisten	4,168
Nervenärzte	1,757
Orthopäden	2,030
Psychotherapeuten	0,135
Radiologen	1,714
Urologen	5,681

Die hier benannten Leistungsbedarfsfaktoren gelten vorbehaltlich anderer Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses bis zum 31. Dezember 2017.

Diese Richtlinien Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage 4.2 Rechenbeispiel für Ermittlung des korrigierten Versorgungsgrads mithilfe des Demografiefaktors nach § 9 Bedarfsplanungrichtlinie

1. Hausärzte; Planungsbereich mit vergleichsweise hohem Anteil Hochbetagter

Einwohner im Mittelbereich:	18 700
Verhältniszahl je Einwohner:	1 671
Ärzte:	12
Versorgungsgrad ohne Demografiefaktor:	107,2%[1]
Allgemeine Altersfaktoren:	79,4% (0-65) 20,6% (65 und älter)
Regionale Altersfaktoren:	75,0% (0-65) 25,0% (65 und älter)
Leistungsbedarfsfaktor:	2,567

Berechnung des Demografiefaktors

$$\frac{79{,}4 + (20{,}6 \times 2{,}567)}{75 + (25 \times 2{,}567)} = \frac{132{,}2802}{139{,}175} = 0{,}95046^{2}$$

Korrigierte Verhältniszahl: 1 671 x 0,950459493= 1 588,21781[3]

Korrigierter Versorgungsgrad:

$$\frac{1\,588{,}21781 \times 12 \times 100}{18\,700} = 101{,}9\%^{4}$$

Fazit: Da die Bevölkerung vergleichsweise alt ist, sinkt die Verhältniszahl für Hausärzte von 1 671 Einwohnern je Arzt auf 1 588,21781. Der Versorgunggrad sinkt von 107,2% auf 101,9%.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

[1] mathematisch gerundet auf eine Nachkommastelle

[2] ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich 5 Nachkommastellen

[3] ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich 5 Nachkommastellen

[4] mathematisch gerundet auf eine Nachkommastelle

2. Frauenärzte, Planungsbereich mit vergleichsweise hohem Anteil Hochbetagter

Einwohner im Kreis:	253 846, davon 134 557 Frauen
Planungsbereichstyp:	2
Verhältniszahl je Frau:	5 619
Ärzte:	24
Versorgungsgrad ohne Demografiefaktor:	100,2%[5]
Allgemeine Altersfaktoren (weibliche Bevölkerung):	76,8% (0-65) 23,2% (65 und älter)
Regionale Altersfaktoren:	72,1% (0-65) 27,9% (65 und älter)
Leistungsbedarfsfaktor:	0,358

Berechnung des Demografiefaktors

$$\frac{76{,}8 + (23{,}2 \times 0{,}358)}{72{,}1 + (27{,}9 \times 0{,}358)} = \frac{85{,}1056}{82{,}0882} = 1{,}03676$$ [6]

Korrigierte Verhältniszahl: 5 619 x 1,036758024= 5 825,54334[7]

Korrigierter Versorgungsgrad:

$$\frac{5\,825{,}54334 \times 24 \times 100}{134\,557} = 103{,}9\%$$ [8]

Fazit: Da die weibliche Bevölkerung vergleichsweise alt ist, steigt die Verhältniszahl für Frauenärzte von 5 619 Frauen je Arzt auf 5 825,54334. Der Versorgunggrad steigt von 100,2% auf 103,9%.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

[5] mathematisch gerundet auf eine Nachkommastelle

[6] ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich 5 Nachkommastellen

[7] ungerundet, zur besseren Lesbarkeit hier ausgewiesen mit lediglich 5 Nachkommastellen

[8] mathematisch gerundet auf eine Nachkommastelle

Anlage 5 Ermittlung der Verhältniszahlen

§ 1

Generelle Ermittlung der Allgemeinen Verhältniszahlen

Ausgangspunkt für die Ermittlung der Verhältniszahlen bilden die Arzt- und Einwohnerzahlen zum Stichtag der Einführung der Bedarfsplanung in der jeweiligen Arztgruppe. Dabei wird bei der Ermittlung der Verhältniszahlen der aktuellen Verteilung der Ärzte und Einwohner im Bundesgebiet Rechnung getragen. (Stichtag Verteilung der Einwohner 31. Dezember 2010, Stichtag Verteilung der Ärzte 30. Juni 2012).

Abschnitt 1: Ermittlung der bundesweit einheitlichen Verhältniszahlen

§ 2

Hausärzte und fachärztlich tätige Internisten

(1) Für die Arztgruppen der Hausärzte (vgl. § 11 Bedarfsplanungsrichtlinie) und der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten (vgl. § 13 Bedarfsplanungsrichtlinie) werden die Allgemeinen Verhältniszahlen gemäß § 101 Absatz 5 in Verbindung mit § 101 Absatz 1 Satz 3 und 4 SGB V im folgenden Verfahren festgestellt:

1. Die Arztgruppe der Internisten wird zum Stichtag des 31. Dezember 1995 unter Einbezug aller Bundesländer erfasst. Hierbei wird die Arztgruppe der Lungenärzte der Arztgruppe der Internisten zugeordnet. Für Internisten mit ausschließlich psychotherapeutischer Tätigkeit gilt § 12 Absatz 2 Nummer 8 Bedarfsplanungsrichtlinie; Zuordnungskriterium ist hierbei die Arztabrechnungsnummer.
2. Die nach § 2 erfassten Internisten werden in die Arztgruppen der hausärztlich sowie fachärztlich tätigen Internisten aufgeteilt.
3. Die Arztgruppe der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten ergibt sich aus den Hausarztentscheidungen von Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, welche gemäß dem Hausarztvertrag (Anlage BMV-Ä / EKV) spätestens bis zum 31. März 1996 getroffen worden sind. Nicht einbezogen werden Internisten mit Hausarztentscheidung und gleich-zeitiger Zulassung in einem internistischen Schwerpunkt und Lungenärzte ohne Hausarztentscheidung.
4. Zur Arztgruppe der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten gehören Internisten sowie Lungenärzte ohne Hausarztentscheidung sowie Internisten mit einer Schwerpunktbezeichnung. Die unter § 2 Nummer 3 Satz 2 genannten Internisten mit Hausarztentscheidung und gleichzeitiger Zulassung in einem internistischen Schwerpunkt werden der Arztgruppe der fachärztlich tätigen Internisten zugeordnet.

(2) Weiterhin gelten für die Bestimmung der Allgemeinen Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Hausärzte sowie die Arztgruppe der fachärztlich tätigen Internisten folgende Regelungen:

1. Die Arztgruppen der hausärztlich sowie fachärztlich tätigen Internisten wer-den getrennt je Planungsbereich festgestellt und bundesweit additiv zusammengefasst. Bundesweit wird das Verhältnis der hausärztlich sowie fachärztlich tätigen Internisten zueinander zum Stand vom 31. Dezember 1995 festgestellt und in Faktoren (jeweiliger Anteil an allen Internisten) ausgedrückt (z. B. 0,7 hausärztlicher Faktor zu 0,3 fachärztlicher Faktor).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

2. Je Planungskategorie gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie 2007 werden auf die Einwohnerzahlen zum Stichtag des 31. Dezember 1995 die Allgemeinen Verhältniszahlen für Allgemein- / Praktische Ärzte sowie Internisten nach Nummer 12 der bisherigen Fassung der Richtlinien vom 10. Dezember 1999 (BAnz. 2000 S. 4 603) angewandt, und zwar zur Ermittlung von Soll-Arztzahlen (rechnerisches Soll) zum Stichtag des 31. Dezember 1995. Die so ermittelten Soll-Arztzahlen für Internisten werden mit den nach § 2 Absatz 2 Nummer 1 Satz 2 festgestellten Faktoren bewertet. Daraus werden getrennte Soll-Arztzahlen für die Arztgruppen der hausärztlich sowie fachärztlich tätigen Internisten festgelegt.

3. Für die Arztgruppe der Hausärzte werden die Allgemeinen Verhältniszahlen wie folgt ermittelt: Bundesweit werden die nach § 2 Absatz 2 Nummer 2 ermittelten Soll-Arztzahlen für Allgemein- / Praktische Ärzte und für hausärztlich tätige Internisten additiv zusammengefasst. Dies ergibt die Soll-Arztzahl für Hausärzte. Abschließend wird die bundesweite Einwohnerzahlen zum Stichtag des 31. Dezember 1995 durch diese Soll-Arztzahl dividiert, woraus sich die Allgemeine Verhältniszahl für Hausärzte ergibt (vgl. § 11 Absatz 3 Bedarfsplanungsrichtlinie).

4. Für die Arztgruppe der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten wird entsprechend verfahren: Die bundesweite Einwohnerzahl zum Stichtag des 31. Dezember 1995 wird durch die unter § 2 Absatz 2 Nummer 2 Satz 3 ermittelte Soll-Arztzahl für die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten dividiert, woraus sich die Allgemeine Verhältniszahl für fachärztlich tätige Internisten ergibt (vgl. § 13 Absatz 3 Bedarfsplanungsrichtlinie).

Historisches Rechenbeispiel zu § 2

Die Allgemeinen Verhältniszahlen nach Nummer 12 der Fassung der Richtlinien vom 10. Dezember 1999 (BAnz. 2000 S. 4 603) werden zur Berechnung wie folgt herangezogen:

1. *Die Allgemeinen Verhältniszahlen für Allgemein- / Praktische Ärzte (1 : 2 269 Einw. je Arzt, z. B. für den Raumtyp 1) werden für die Arztzahl-Berechnung des Jahres 1995 herangezogen. Die Einwohnerzahl des Jahres 1995 wird dividiert durch die als Beispiel verwendeten 2 269 Einw. je Arzt*

   (16,3 Mio. Einw.: 2 269 = 7 186 Allgemein- / Praktische Ärzte).

2. *Die Allgemeine Verhältniszahl für Internisten (3 679 für ebenfalls Raumtyp 1) wird auch auf die Einwohnerzahl des Jahres 1995 angewendet:*

   (16,3 Mio. Einw.: 3 679 = 4 432 Internisten).

3. *Aus der Zuordnung der hausärztlich und fachärztlich tätigen Internisten im Jahre 1995 (hier: 70% hausärztlich zu 30% fachärztlich tätige Internisten entsprechend 0,7 hausärztlicher Faktor zu 0,3 fachärztlicher Faktor im Raumtyp 1) kann die für 1995 berechnete Internistenanzahl gesplittet werden:*

   4 432 x 0,7 = 3 104 hausärztlich tätige Internisten und

   4 432 x 0,3 = 1 328 fachärztlich tätige Internisten.

4. *Nun wird die Summe der Hausärzte gebildet:*

   7 186 Allgemein- / Praktische Ärzte + 3 104 hausärztlich tätige Internisten = 10 290 Hausärzte.

Diese Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft.

§ 3

Anästhesisten

Bei der Arztgruppe der Anästhesisten (vgl. § 13 Bedarfsplanungsrichtlinie) wird die Zahl der Anästhesisten und der Einwohner zum Stand vom 31. Dezember 1997 unter Einbezug aller Bundesländer zugrunde gelegt.

§ 4

Radiologen

Bei der Arztgruppe der Radiologen (vgl. § 13 Bedarfsplanungsrichtlinie) wird die Allgemeine Verhältniszahl ermittelt aus dem Verhältnis der Zahl der Einwohner in der Bundesrepublik Deutschland (ohne das Beitrittsgebiet nach Artikel 3 des Einigungsvertrages – BGBl. 1990 II S. 885) zur Zahl der zugelassenen Radiologen einschließlich der Vertragsärzte der Ersatzkassen zum Stand vom 31. Dezember 1990 (in den Bereichen der Kassenärztlichen Vereinigungen der Bundesrepublik Deutschland ohne das Beitrittsgebiet nach Artikel 3 des Einigungsvertrages).

§ 5

Neu zu beplanende Gruppen

Bei der Arztgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater, der PRM-Mediziner, der Nuklearmediziner, der Strahlentherapeuten, der Neurochirurgen, der Humangenetiker, der Laborärzte, der Pathologen und der Transfusionsmediziner (vgl. §§ 13 und 14 Bedarfsplanungsrichtlinie) wird die Allgemeine Verhältniszahl ermittelt aus dem Verhältnis der Zahl der Einwohner in der Bundesrepublik Deutschland zum Stand 31. Dezember 2010 zur Zahl der Ärzte der jeweiligen Arztgruppe gewichtet nach ihrem Teilnahmeumfang zum Stand 31. Dezember 2010.

Für die Arztgruppe der Nuklearmediziner, der Strahlentherapeuten, der Neurochirurgen, der Humangenetiker, der Laborärzte, der Pathologen, der Transfusionsmediziner und der Physikalischen und Rehabilitativen Mediziner wird die Versorgung zum Stichtag 2010 durch den G-BA bereits als über die erforderliche Versorgung hinausgehend bewertet. Das Einwohner-Arzt-Verhältnis zu diesem Stichtag wird deshalb mit dem Versorgungsgrad 110% bewertet. Auf dieser Basis wird die Verhältniszahl für den Versorgungsgrad 100% berechnet, die im § 14 dargestellt ist.

Die Ermittlung der Verhältniszahl in der Arztgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater erfolgt bezogen auf die Bevölkerung „bis unter 18 Jahre“.

§ 5a

Ermittlung der Allgemeinen Verhältniszahl für das Ruhrgebiet

Die Verhältniszahlen für das Ruhrgebiet (vgl. § 65 Bedarfsplanungsrichtlinie) orientieren sich an den Verhältniszahlen der Bedarfsplanungsrichtlinie 2007. Für die Frauenärzte und die Kinderärzte erfolgte eine Anpassung der Verhältniszahl bezogen auf die weibliche Bevölkerung bzw. die Bevölkerung „bis unter 18 Jahren“ auf Basis der historischen Arzt- und Einwohnerzahlen zum Stichtag 31. Dezember 1990.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Abschnitt 2: Ermittlung der **Verhältniszahlen** *nach den 5 Typen*

§ 6

Ermittlung der Arztzahlen

Für die Arztgruppen der Kinderärzte, Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Nervenärzte, Orthopäden und Urologen (vgl. § 12 Bedarfsplanungsrichtlinie) wird die Zahl der zugelassenen Kassenärzte einschließlich der Vertragsärzte der Ersatzkassen zum Stand vom 31. Dezember 1990 (in den Bereichen der Kassenärztlichen Vereinigungen der Bundesrepublik Deutschland ohne das Beitrittsgebiet nach Artikel 3 des Einigungsvertrages) gezählt.

§ 7

Ermittlung der Psychotherapeutenzahlen

Bei der Arztgruppe der Psychotherapeuten (vgl. § 12 Bedarfsplanungsrichtlinie) wird die Verhältniszahl wie folgt ermittelt:

1. Es werden die am 1. Januar 1999 zugelassenen Vertragsärzte erfasst, welche nach Maßgabe der Regelungen in § 12 Absatz 2 Nummer 8 Bedarfsplanungsrichtlinie ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch tätig waren. Gemessen wird der durchschnittliche Leistungsanteil des 4. Quartals 1997 und des 1. bis 3. Quartals 1998; war der am 1. Januar 1999 zugelassene Vertragsarzt nicht über diesen gesamten Zeitraum tätig, wird der Leistungsanteil anhand der tatsächlichen Tätigkeitsdauer im Jahre 1998 ermittelt.
2. Für die Verhältniszahlberechnung der Psychotherapeuten werden darüber hinaus alle gemäß § 95 Absatz 10 SGB V spätestens am 31. August 1999 durch die Zulassungsausschüsse rechtswirksam zugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfasst. Jeder zugelassene Psychotherapeut wird mit dem Faktor 1 gezählt.

§ 8

Ermittlung der Einwohnerzahlen

Bei den Arztgruppen der Kinderärzte, Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Nervenärzte, Orthopäden und Urologen (vgl. § 12 Bedarfsplanungsrichtlinie) wird die Zahl der Einwohner in der Bundesrepublik Deutschland (ohne das Beitrittsgebiet nach Artikel 3 des Einigungsvertrages – BGBl. 1990 II S. 885) zum Stand vom 31. Dezember 1990 gezählt. Für die Frauenärzte wird die weibliche Bevölkerung, für die Kinderärzte die Bevölkerung „bis unter 18 Jahre“ ermittelt.

Für die Gruppe der Psychotherapeuten wird die Einwohnerzahl des Bundesgebietes nach dem Stand vom 31. Dezember 1997 zugrunde gelegt.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 9

Verteilung der Einwohner, Ärzte und Psychotherapeuten

Die Verteilung der in §§ 6 bis 7 ermittelten Zahl der Einwohner, Ärzte und Psychotherapeuten auf die 5 Typen nach § 12 Bedarfsplanungsrichtlinie erfolgt auf Basis der Verteilung der Einwohner zum Stichtag 31. Dezember 2010 sowie der Ärzte und Psychotherapeuten zum Stichtag 30. Juni 2012.

Bei den Frauen- und Kinderärzten wird nur die Verteilung der weiblichen bzw. der Bevölkerung „bis unter 18 Jahre“ berücksichtigt.

§ 10

Ermittlung der Allgemeinen Verhältniszahl für die 5 Typen

Aus den nach § 8 ermittelten Zahlen der Einwohner, Ärzte und Psychotherapeuten je Typ wird dann die Allgemeine Verhältniszahl je Arztgruppe je Typ ermittelt.

Die Verhältniszahl der Frauen bezieht sich dabei auf die weibliche Bevölkerung, die der Kinderärzte auf die Bevölkerung „bis unter 18 Jahre“.

Um der historisch bedingten niedrigen Psychotherapeutendichte in Regionen des Typs 5 entgegenzuwirken, wird die Verhältniszahl dort auf die durchschnittliche Verhältniszahl der Typen 1 bis 5 angehoben. Ebenfalls aufgrund der historischen Fehlverteilung der Psychotherapeuten entspricht das Versorgungsniveau des Typen 4 nicht dem der anderen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung. Die Verhältniszahl für den Typ 4 bei den Psychotherapeuten wird deshalb auf Basis des durchschnittlichen Unterschieds zwischen den Verhältniszahlen der Typen 4 und 3 bei allen anderen Gruppen der allgemein fachärztlichen Versorgung ermittelt (94,33%).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Beispielrechnung:

Es werden zum Stichtag 31. Dezember 1990 6.341 Frauenärzte und 32 874 754 weibliche Einwohner gezählt.

Zum Stichtag 31. Dezember 2010 leben 19,9345% der Frauen bundesweit im Typ 4.

Zum Stichtag 30. Juni 2012 sind 16,2207% der Frauenärzte im Typ 4 niedergelassen.

32 874 754 x 19,9345% = 6 553 417,83613 Frauen

---------- = 6 371 Frauen je Frauenarzt im Typ 4

6 341 x 16,2207% = 1 028,55459 Frauenärzte

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage 6 Methodik der Typisierung der Kreise

Die Typisierung der Kreise nach § 12 Bedarfsplanungsrichtlinie und Anlage 3.2 orientiert sich am Konzept der Großstadtregionen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) zum Stand vom 31. Dezember 2010. Der G-BA beschließt die Zuordnung der Kreise, kreisfreien Städte und Kreisregionen (im folgenden Kreise) gemäß Anlage 3.2. Er nutzt dabei das in dieser Anlage beschriebene Verfahren der Typisierung. Sofern der G-BA dies beschließt, erfolgt eine Anpassung der Typisierung der Kreise auf Basis aktuellerer Daten des BBSR alle 5 Jahre erstmals zum 1. Januar 2018.

Das Konzept der Großstadtregionen beschreibt die Verflechtung zwischen Kern und Umland. Es wird als repräsentativ angesehen, um die ambulanten Versorgungsbeziehungen zwischen Stadt, Umland und ländlichem Raum adäquat abzubilden. Insbesondere der Mitversorgungsleistung größerer Städte für das Umland wird Rechnung getragen.
Die Messung und Codierung der Großstadtregionen erfolgt auf Basis der Gemeindeverbände. Es ist somit auf Basis der Typisierung der Großstadtregionen, die 5 Typen unterscheidet, nicht möglich, direkt alle Kreise eindeutig einem Typ zuzuordnen, da die Gemeindeverbände eines Kreises mitunter unterschiedliche Ausprägungen aufweisen können. Deswegen wurde das Konzept des BBSR weiterentwickelt, um eine eindeutige Zuordnung aller Kreise zu 5 Typen zu gewährleisten, die der ambulanten Versorgungsfunktion der Kreise im Raum gerecht werden.

Die Zuordnung der Kreise zu diesen 5 Typen erfolgt in 3 Schritten:

1. Schritt: Identifikation aller eindeutig zuordenbaren Kreise

Als eindeutig zuordenbar gelten Kreise, in denen alle Gemeindeverbände innerhalb des Kreises demselben Typ zugeordnet sind. Somit leben 100% der Einwohner eines Kreises in ein und demselben Typ. Der Kreis wird diesem Typ zugeordnet.

2. Schritt: Typisierung der Kreise auf Basis der Bevölkerungsmehrheit

Für Kreise, in denen die Gemeindeverbände jeweils unterschiedlichen Typen zugeordnet sind, erfolgt eine direkte Zuordnung zu einem Typ, wenn in einer großstadtregionalen Zone die Mehrheit der Einwohner des Kreises (>50%) leben. Dazu wird der Anteil der Einwohner je Kreis je Typ an der Gesamtzahl der Einwohner je Kreis ermittelt.

3. Schritt: Typisierung von „Mischkreisen“ auf Basis des kalkulierten Versorgungsniveaus

Für Kreise mit Gemeindeverbänden in mehr als zwei Typen und keiner Bevölkerungsmehrheit über 50% in einem Typ liefern die Schritte 1 und 2 keine eindeutige Zuordnung. Aus diesem Grund wird auf Basis der aktuellen Verteilung der Ärzte und Einwohner im Raum für jeden Typ ein bundesdurchschnittliches Versorgungsniveau ermittelt. Im Anschluss wird auf Basis der Werte der bundesdurchschnittlichen Versorgungsniveaus ein einwohnergewichtetes Versorgungsniveau für jeden Mischkreis ermittelt. Der Kreis wird dann dem Typ zugeordnet, dessen bundesdurchschnittliches Versorgungsniveau dem kalkulierten Versorgungsniveau des Mischkreises am nächsten ist.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Das bundesdurchschnittliche Versorgungsniveau je Typ wird wie folgt ermittelt:

Die für die Typisierung maßgebliche Zuordnungstabelle des BBSR der Gemeindeverbände zu den Großstadtregionen (derzeit 31. Dezember 2010) wird um Arztzahlen differenziert nach Arztgruppen zum Stichtag der Zuordnungstabelle ergänzt. Auf Basis dieser Daten wird auf Grundlage der Gemeindeverbände das bundesweite Verhältnis Einwohner je Arzt je Typ für die Typen 1 bis 4 über alle Arztgruppen der fachärztlichen Grundversorgung nach § 12 mit Ausnahme der Psychotherapeuten[1] ermittelt. Ebenso wird das durchschnittliche Verhältnis Einwohner je Arzt für die Typen 1, 2, 3 und 4 über alle Arztgruppen der fachärztlichen Grundversorgung nach § 12 mit Ausnahme der Psychotherapeuten ermittelt. Letzteres Verhältnis wird dem Typ 5 zugeordnet[2].

Die Arzt- /Einwohnerrelation der Typen 1, 2, 3 und 4 wird ins Verhältnis zur Arzt- /Einwohnerrelation des Typs 5 gesetzt und in Prozent ausgedrückt. Diese Prozentwerte stellen das bundesdurchschnittliche Versorgungsniveau je Typ dar.

Das kalkulierte Versorgungsniveau des Mischkreises ergibt sich aus der einwohnergewichteten Addition der jeweiligen Versorgungsniveaus des Kreises. Der Kreis wird dann dem Typ zugeordnet, dessen bundesdurchschnittliches Versorgungsniveau dem kalkulierten Versorgungsniveau des Mischkreises am nächsten ist.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

[1] Aufgrund der Historie dieser Fachgruppe ist die Verteilung der Psychotherapeuten auch derzeit noch stark an der Kernstadt orientiert. Dieses Verteilungsmuster soll nicht zuletzt durch die Bedarfsplanungsreform 2012 korrigiert werden. Gleichzeitig stellen die Psychotherapeuten in der Allgemeinen Fachärztlichen Versorgung die größte Arztgruppe dar. Die Ermittlung der Versorgungsniveaus (Einwohner-Arzt Verhältnisse) je Typ unter Berücksichtigung der Psychotherapeuten würde somit zu erheblichen Verzerrungen verbunden mit einer Überbewertung des Typs 1 und einer Unterbewertung der Typen 2 bis 5 führen. Aus diesem Grund wurden die Versorgungsniveaus der einzelnen Typen im Schritt 3 ohne die Psychotherapeuten kalkuliert.

[2] Viele Gemeindeverbände des Typs 5 werden z.T. durch umliegende Gemeindeverbände der Typen 2, 3 und 4 mitversorgt, die jedoch im selben Kreis liegen. Bei der kleinräumigen Kalkulation der Dichtemaße auf Ebene der Gemeindeverbände werden im Typ 5 somit überdurchschnittlich oft jene Teilregionen eines Kreises ohne Arzt gezählt. Bei einer Auswertung des Verhältnisses Einwohner je Arzt wird der Typ 5 deshalb systematisch unterschätzt. Aus diesem Grund ist eine Anhebung des bundesweiten Versorgungsniveaus des Typen 5 auf das durchschnittliche Versorgungsniveau der Typen 1, 2, 3 und 4 sachgerecht.

Rechenbeispiel:

a) Ermittlung des bundesdurchschnittlichen Versorgungsniveau des Typs 4

Summe der Ärzte der fachärztlichen Grundversorgung
ohne Psychotherapeuten im Typ 4
---------- = Arzt- /Einwohnerrelation Typ 4
Summe der Einwohner der Gemeindeverbände des Typs 4

Verhältnis EW/Arzt Typ 4
---------- = Versorgungsniveau Typ 4
Verhältnis EW/Arzt Typ 5

Für die fünf Typen ergeben sich nach der oben beschrieben Methode folgende Versorgungsniveaus, die auch für künftige Kreistypenanpassungen zugrunde gelegt werden sollen:

Typ 1: 1,39
Typ 2: 0,96
Typ 3: 0,48
Typ 4: 0,77
Typ 5: 1

b) Zuordnung des Mischkreises zu einem Typ

Beispiel: Delmenhorst, Stadt / Diepholz

Typ	***EW***	***Bundesdurchschnittliches Versorgungsniveau***	***Kalkulation***
Typ 1	*0%*	*139%*	*0% x 139 %*
Typ 2	*37%*	*96%*	*37% x 96%*
Typ 3	*25%*	*48%*	*25% x 48%*
Typ 4	*13%*	*77%*	*13% x 77%*
Typ 5	*25%*	*100%*	*25% x 100%*

Kalk. Versorgungsniveau des Mischkreises 83%

Geringster Abstand zum Typen 4 (77%)

Die Kreisregion Delmenhorst, Stadt / Diepholz wird als Typ 4 typisiert.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.